



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Asukkaiden ravitsemuksen toteutuminen Toivokodissa

---

Rajava, Elina

2014 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Lohja

## Asukkaiden ravitsemuksen toteutuminen Toivokodissa

Elina Rajava  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Kesäkuu, 2014

Elina Rajava

**Asukkaiden ravitsemuksen toteutuminen Toivokodissa**

Vuosi	2014	Sivumäärä	47
-------	------	-----------	----

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten valtion ravitsemussuositukset ikääntyneille toteutuvat tehostetun asumisen palveluyksikössä Toivokodissa. Tavoitteena oli tuoda työyhteisölle tietoa ravitsemussuositusten sisällöstä, kartoittaa asukkaiden ravitsemustila MNA-testin avulla sekä kiinnittää huomiota ravitsemushoitoon. Ravitsemustilan arviointi tehtiin Toivokodin kaikille 24 asukkaalle. Työn teoreettisessa viitekehyksessä käsiteltiin ravitsemussuositusten sisältöä ja ympärivuorokautisessa hoidossa olevien ikääntyneiden ravitsemukseen liittyviä perusteita, kuten ikääntymiseen liittyviä fysiologisia muutoksia.

Työ tehtiin juurruttamisen menetelmällä, laadullista ja määrällistä tutkimusmenetelmää käyttäen. Laadullista tutkimusmenetelmää käytettiin teemahaastattelun osalta ja numeerista, määrällistä tietoa asukkaiden ravitsemustilasta saatiin MNA-testien avulla. Aineisto kerättiin teemahaastattelun ja MNA-testien avulla maaliskuun aikana. Aineisto analysoitiin sisällön analyysia ja teemakortistoa käyttämällä. Juurruttamisen menetelmän avulla hoitajien hiljainen tieto ja tutkittu tieto saatiin työyhteisön tietoon. Juurruttamiseen osallistui Toivokodista nimetty työryhmä, jonka kanssa tavattiin kaksi kertaa.

MNA-testien tulosten mukaan 58 %:lla asukkaista riski virheravitsemukselle oli kasvanut, 21 % kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta ja 21 %:lla ravitsemustila oli hyvä. Tulosten mukaan virhe- ja aliravitsemukseen olivat yhteydessä muistisairaudet ja asukkaan avuntarve syömisessä. Tulokset olivat parempia kuin Helsingin vanhainkodeissa ja palvelutaloissa vuonna 2011 (Muuri-nen ym. 2012) ja Riistavuoren vanhustenkeskuksessa vuonna 2008 tehdyissä tutkimuksissa (Meinilä, Suominen & Soini 2010), mutta huonompia kuin Helsingissä 2007 (Jekkonen ym.) tehdyssä tutkimuksessa.

Tulosten perusteella lähdettiin kehittämään asukkaiden ruokailutilanteita ja ravitsemushoitoa monin osin. Tulevaisuudessa olisi hyvä arvioida asukkaiden ravitsemustilaa säännöllisesti ja tarkastella onko kehittämistoiminnalla ollut vaikutusta asukkaiden ravitsemustilaan.

**Asiasanat:** ravitsemus, ravitsemussuositukset, ikääntyneet, tehostettu palveluasuminen.

Elina Rajava

**The nutritional status of residents in Toivokoti service housing unit with 24-hour assistance**

Year	2014	Pages	47
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to discover how well the national nutrition recommendations for elderly people are met in Toivokoti, a unit for extra care sheltered housing. The study sought to gain information on the contents of the nutrition recommendations for the working community, to map the nutritional status of the residents via MNA tests, and to examine the nutritional treatment applied in the unit. An assessment of nutritional status was conducted to all 24 residents of the unit. The theoretical framework of the thesis encompasses the contents of the nutritional recommendations, and the considerations underlying the nutrition of elderly people requiring round-the-clock care, with reference to e.g. age-related physiological changes.

The study was conducted by using dissemination method process, using both a qualitative and a quantitative research. The qualitative research involved thematic interviews, while quantitative numerical information on the resident's nutritional status was gained via MNA tests. The material was collected using theme interviews and MNA tests in March. The analysis was conducted with reference to the content data and the theme file. Dissemination method allows working community to become aware of both nurses' tacit knowledge and research data. A working group nominated from Toivokoti participated in dissemination. They were met twice.

The MNA results indicated that the risk for malnutrition had increased for 58% of the residents, with 21% suffering from malnutrition or malnutrition, while 21% had a good nutritional status. Dementias and the need for assistance in eating were found to correlate with malnutrition and malnutrition. The results were better than those obtained in nursing homes and service centres in 2011 (Muurinen et al. 2012) and in the studies conducted in the Riistavuori Centre for Senior Citizens in 2008 (Meinilä, Suominen & Soini 2010), but poorer than those in a study conducted in Helsinki 2007 (Jekkonen et al.).

Based on the results, the residents dining situations and nutritional care development was started. In the future, it would be good to assess the nutritional status of the residents on a regular basis and look at whether the development activities have had an effect on the nutritional status of the residents.

**Key words:** nutrition, nutrition recommendations, elderly people, 24-hour service housing.

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Kehittämisympäristö.....	7
3	Kehittämistoiminnan tietoperusta .....	7
3.1	Ikääntyminen ja ravitsemus .....	7
3.2	Fysiologiset muutokset .....	8
3.3	Suun terveyden vaikutus ravitsemustilaan.....	10
3.4	Aliravitsemus.....	10
3.5	Ravitsemussuositukset ikääntyneille.....	11
3.6	D-vitamiini.....	14
3.7	Ummetus.....	15
4	Kehittämistoiminnan menetelmät .....	16
4.1	MNA, Mini Nutritional Assesment .....	17
4.2	Juurruttaminen kehitystoiminnan menetelmänä .....	17
4.3	Haastattelu tiedonkeruu menetelmänä .....	18
4.4	Tiedonkeruuaineiston litterointi ja sisällönanalyysi .....	19
4.5	Eettisyys kehittämistoiminnassa.....	20
4.6	Muutos kehittämistoiminnassa .....	21
5	Kehittämistoiminnan toteutus .....	21
5.1	Nykytilanteen kuvaus ja kehittämiskohteen valinta .....	23
5.2	Teemahaastattelun tulokset .....	23
5.2.1	Ravitsemussuositukset ikääntyneille.....	23
5.2.2	Ruoka-ajat .....	25
5.2.3	Ravitsemustilan seuranta .....	26
5.2.4	Ruokailuympäristö .....	27
5.2.5	Kehittämisehdotukset .....	28
5.3	MNA-testien tulokset .....	29
5.4	Tulosten pohdinta.....	30
6	Uusi toimintatapa .....	32
6.1	Uuden toimintatavan rakentaminen .....	32
6.2	Uuden toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet.....	34
7	Kehittämistoiminnan arviointi .....	34
7.1	Muutosprosessin ja lopputuotoksen arviointi.....	35
7.2	Arviointituloksien raportointi .....	35
7.3	Eettiset kysymykset ja luotettavuus.....	36
	Lähteet .....	38
	Liitteet.....	42

## 1 Johdanto

Tämä opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä tehostetun asumisen palveluyksikön Toivokodin kanssa. Työn tarkoituksena oli selvittää, miten valtion ravitsemussuositukset ikääntyneille toteutuvat yksikössä. Tavoitteena oli että ravitsemussuositukset tulevat henkilökunnan tietoisuuteen, ravitsemushoitoon kiinnitetään huomiota ja asukkaiden ravitsemustila saadaan korotettua. Työssä etsittiin vastausta kysymyksiin, miten asukkaiden ravitsemus toteutuu suhteessa ravitsemussuosituksiin, ja millainen asukkaiden ravitsemustila on MNA-testillä arvioitujen.

Ikääntyneiden ravitsemus on osa kokonaisvaltaista hoitoa ja huolenpitoa. Hyvällä ravitsemushoidolla voidaan hidastaa ikääntymisen muutoksia, parantaa ikääntyneen elämänlaatua ja ylläpitää toimintakykyä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 155.) Tahaton painonlasku ikääntyneellä voi johtaa aliravitsemukseen. Aliravitsemus voi muun muassa aiheuttaa lihaskatoa ja heikentää toimintakykyä. (Hakala 2012.) Ikääntyneiden ravitsemushoidon keskeinen tavoite onkin ylläpitää yksilöllisen ravitsemuksen tuella toimintakykyä ja ehkäistä painonvaihteluja (Suominen ym. 2012). Tärkeää on että ikääntyneille tarjotaan ravitsevaa ja maukasta ruokaa ruokahalua herättävän, miellyttävän ruokailuhetken lomassa (Hakala 2012).

Opinnäytetyö toteutettiin juurruttamisen menetelmällä, määrällistä ja laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, johon osallistui nimetty työryhmä. Haastattelun teemat valikoituivat teorialiedon pohjalta. Kaikkien asukkaiden ravitsemustila arvioitiin MNA, eli Mini Nutritional Assessment, testin avulla. MNA on iäkkäiden henkilöiden ravitsemuksen arviointiin tarkoitettu, standardoitu ja validoitu mittari (Hartikainen ym. 2009.) Teemahaastattelun ja MNA-testien tulosten pohjalta lähdettiin kehittämään asukkaiden ravitsemushoitoa yhdessä juurruttamisen työryhmän kanssa.

Tässä työssä tehostetun palvelun asumisyksiköllä tarkoitettiin toimintakykynsä vuoksi kotona pärjäämättömille ikääntyneille suunnattua asumispalvelua, jossa henkilökunta työskentelee ympäri vuorokauden. Tehostetusta palveluasumisesta on määritelty sosiaalihuoltolain 17§:n 1 momentin neljännessä kohdassa. Yksikössä hoidettavalla ikääntyneellä voi olla virtsanpidätyskyvyttömyyttä, selvästi alentunut toimintakyky, ikääntymiseen liittyviä pitkäaikaissairauksia, alentuneet muistitoiminnot, karkailutaipumusta, vaikeasti tai keskivaikeasti alentuneet muistitoiminnot ja diagnosoitu vaikea tai keskivaikea dementia tai useampi näistä määritelmistä. Tehostetussa palveluasunnossa asuva tarvitsee arkielämästä selvitäkseen ympärivuorokautista henkilökunnan saatavuutta ja valvontaa sekä mahdollisesti liikkumisessa avustamista tai apuvälineitä. (Finlex 1982.)

## 2 Kehittämisympäristö

Toivokoti on Perusturvakuntayhtymä Karviaiseen kuuluva tehostetun palvelun asumisyksikkö Karkkilassa. Huoneita Toivokodissa on 24. Perusturvakuntayhtymä Karviainen on Vihdin kunnan ja Karkkilan kaupungin muodostama sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon kuntayhtymä. Kuntayhtymän tehtävissä on henkilökuntaa noin 450 henkilöä ja väestöpohja on noin 37 800 asukasta. Ikäihmisten palvelujen piiriin kuuluvat yli 65-vuotiaat erityisiä hoiva-, hoito-, kuntoutus- ja tukipalveluja tarvitsevat henkilöt. Palvelujen tavoitteena on mahdollistaa täysipainoinen elämä korkeaan ikään asti. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen.) Toivokodissa ei ole osastonhoitajan mukaan toteutettu vastaavaa opinnäytetyötä aiemmin.

## 3 Kehittämistoiminnan tietoperusta

### 3.1 Ikääntyminen ja ravitsemus

Ikääntyneiden osuus väestöstä on fyysisen terveyden ja toimintakyvyn kohentuessa kasvamassa jatkuvasti. Henkisesti ja fyysisesti hyväkuntoisten ikääntyneiden määrä lisääntyy samalla kun vanhimpien osuus väestöstä kasvaa. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 8.) Väestöennusteen mukaan vuoteen 2040 mennessä yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on noussut nykyisestä 17 prosentista 27 prosenttiin (Tilastokeskus 2009). Ruoka on osa ikääntyneen kokonaisvaltaista hoitoa ja huolenpitoa. Ravitsemushoidolla voidaan parantaa ikääntyneen elämänlaatua, hidastaa ikääntymisen muutoksia ja ylläpitää toimintakykyä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 155.) Elämänkaaren kaikissa vaiheissa hyvä ravitsemustila onkin hyvinvoinnin ja terveyden edellytys (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b).

Tavoitteet ikääntyneen hyvän ravitsemuksen toteutumisiksi ovat erilaiset kuin nuoremmilla. Toimintakyvyn ylläpitäminen yksilöllisen ravitsemuksen tuella ja painonvaihteluiden ehkäisy ovat keskeisiä ikääntyneen ravitsemushoidon tavoitteita. (Suominen ym. 2012.) Sopivan painon ylläpitäminen ja hauraiden ikääntyneiden kohdalla jopa pieni painonnousu, on toivottavaa. Nautitut ruokamäärät ovat usein pieniä, jolloin huomio tulee kiinnittää ruoan ravintoainepitoisuuteen. Ruoan energiatiheyttä voidaan tarvittaessa lisätä käyttämällä esimerkiksi rasvaisempia maitovalmisteita ruoan valmistuksessa. (Muurinen ym. 2005.)

Ruoan riittävä määrä on olennaista ikääntyneen ruokavaliossa. Ruoan tulee olla mieleistä ja vastata puremis- ja nielemiskykyä, sekä olla monipuolista. Ikääntyneelle tarjotaan aamiainen, lounas, välipala teen tai kahvin kera, päivällinen ja iltapala. Palvelu- ja hoitokodeissa asuvien ikääntyneiden ruoka-ajoissa tulee pyrkiä joustavuuteen. Ikääntyneen omaa ateriarytmiä kunniotetaan ja tarjotaan iltapala riittävän myöhään, jolloin yöpaasto ei veny liian pitkäksi. Henkilökunnan läsnäolo ruokailutilanteessa on tärkeää ja ruokailuun tulee varata riittävästi

aikaa, vähintään 30 minuuttia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 155-157.) Ikääntyneen ruokahalua voidaan parantaa mukavalla, sosiaalisella ruokailutilanteella. Herkullinen ja kaunis ruoan esille laitto lisää ruokahalua. (Muurinen ym. 2005.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta julkaisi uudet, koko väestöä koskevat ravitsemussuositukset vuonna 2014. Keskeisenä tavoitteena on suositusten avulla parantaa ravitsemuksen kautta väestön terveyttä. Ensisijaisesti suositukset ovat tarkoitettu terveille, kohtuullisesti liikkuville ihmisille. Uudet ravitsemussuositukset keskittyvät terveyttä edistävän ruokavalion kokonaisuuteen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

Keskeisiä ongelmia suomalaisten ruokavaliossa ovat rasvojen ja hiilihydraattien huono laatu ja joidenkin yksittäisten ravintoaineiden niukka saanti. Uusissa ravitsemussuosituksissa painotetaan runsasta kasvisten, marjojen ja hedelmien, sekä täysjyvätuotteiden käyttöä. Punaisen lihan sijaan vaalea liha (kana, kala) on terveydelle edullisempi vaihtoehto. Hiilihydraatit tulisi suositusten mukaan saada kuitupitoisista tuotteista ja rasvojen laatuun tulee kiinnittää huomiota. Rasvoina kannattaa suosia kasviöljypohjaisia tuotteita, pähkinöitä ja siemeniä, sekä rasvaista kalaa. Muutoksena edellisiin ravitsemussuosituksiin D-vitamiinin saantisuositusta on nostettu yli 2-vuotiailla, nuorilla, aikuisilla ja yli 75-vuotiailla. Uusi saantisuositus yli 2-vuotiailla, nuorilla ja aikuisilla on 10 mikrogrammaa ja yli 75-vuotiailla 20 mikrogrammaa vuorokaudessa. Seleenin ja folaatin saantisuositusta on nostettu raskaana oleville ja imettäville äideille. Suolan päivittäistä saantisuositusta laskettiin aikuisilla 5 grammaan, alle 2-vuotiailla 0,5 grammaan ja 2 - 10-vuotiailla 3-4 grammaan vuorokaudessa. Verenpaineen nousun ja suolan saannin välillä on tutkimuksissa todettu selvä yhteys. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

### 3.2 Fysiologiset muutokset

Ikääntyessä kehon koostumus ja ruumiinrakenne muuttuvat. Lihaskudoksen osuus vähenee ja rasvakudoksen suhteellinen osuus kasvaa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 212.) Monet ikääntymiseen liittyvät fysiologiset ja anatomiset muutokset altistavat ravitsemushäiriöille ja vaikeuttavat niiden korjaantumista (Tilvis ym. 2010, 57).

Ikääntyessä energiantarve vähenee ensisijaisesti fyysisen aktiviteetin vähenemisen myötä. Lihasmassan pienenemisestä johtuen perusaineenvaihdunta hidastuu. Lihasmassan pienenemistä ei voida pelkästään proteiinirikkaalla ruokavaliolla hidastaa vaan fyysiset harjoitukset ovat ruokavalion lisäksi tarpeen. (Tilvis ym. 2010, 57.) Vaikka energiantarve pienenee lihasmassan ja liikunnan vähentyessä, vitamiinien ja proteiinien tarve säilyy ennallaan. Riittävän proteiinin saannin turvaamiseksi ruuan tulisi sisältää paljon proteiinia, vaikka annokset olisivat pieniä. Energian tarpeeseen vaikuttaa perusaineenvaihdunta (PAV) ja fyysisen aktiivisuuden



määrä. Taulukossa 1 on esitetty energiantarpeet painokiloa kohti eri potilasryhmillä. Pelkäs-  
tään ikääntyneille tarkoitettuja energian tarpeen suosituksia ei voida antaa, sillä tarpeen ar-  
vioinnissa tulee ottaa huomioon useita asioita. Energian tarpeen määrittämistä ja ravitsemuk-  
sen yksilöllistä räätälöintiä varten on olemassa laskentamalleja. (Hartikainen & Lönnroos  
2008, 213.)

Perusaineenvaihdunta PAV	20 kcal/kg
Vuodepotilas, PAV + 30 %	26 kcal/kg
Liikkeellä oleva, PAV + 50 %	30 kcal/kg
Toipumisvaihe tai lisätarve	36 kcal/kg

Taulukko 1: Energiantarve painokiloa kohti eri potilasryhmillä (Hartikainen & Lönnroos 2008,  
216)

Ikävuosien 30 ja 75 välillä rasvakudoksen määrä keskimäärin kaksinkertaistuu ja rasvoitu-  
mista tapahtuu lähes kaikissa elimissä. Ikääntyneillä taipumus neste- ja elektrolyyttitasapai-  
nohäiriöihin kasvaa solunsisäisten elektrolyyttien varastojen ja vesipitoisuuden pienentyessä.  
(Tilvis ym. 2010, 57.) Elektrolyyttitasapainolla tarkoitetaan tilaa, jossa ravinnosta saatujen  
elektrolyyttien määrä on yhtä suuri kuin elimistöstä eri reittejä poistuneiden elektrolyyttien  
määrä (Terveyskirjasto 2013). Nestetasapainon häiriöille ja aliravitsemukselle altistaa entises-  
tään vaimentunut janon ja nälän tunne. Keskeisimpänä janon tunteen vähenemisen syynä pi-  
detään aivolisäkkeen etuosassa olevien osmoreseptoreiden eli herkkyyden ja keskeisten välit-  
täjäaineiden pienentyntä pitoisuutta (Tilvis ym. 2010, 57.) Janon tunteen heikentyessä ja  
veden määrän vähetessä elimistössä kuivumisen riski helteen, fyysisen kuormituksen ja akuu-  
tin sairauden yhteydessä kasvaa (Hartikainen & Lönnroos 2008, 212). Monet sairaudet ja nii-  
den lääkehoidot vaikuttavat myös osaltaan janon tunteeseen. Ikääntyessä ruokahalun vähene-  
minen on moniulotteinen tapahtumaketju ja dementoituneilla ikääntyneillä lisäksi hajuaisti  
on monesti selvästi heikentynyt. (Tilvis ym. 2010, 57-60.)

Ruuansulatuskanavan toiminnassa tapahtuu muutoksia iän myötä, ummetustaipumus lisääntyy  
puutteellisen ravitsemuksen ja vähentyneen liikkumisen myötä ja mahalaukun suolahapon  
määrä usein vähenee. Vähentynyt suolahapon erityy aiheuttaa vatsavaivoja heikentyneen ruu-  
ansulatuksen myötä ja voi aiheuttaa ripulia ja imeytymisongelmia. (Hartikainen & Lönnroos  
2008, 212-213.)

Lääkitykset ja sairaudet vaikuttavat ravitsemustilaan. Ravintoaineiden kulutus kasvaa esimer-  
kiksi tapaturman aiheuttaman kudosaaurion tai tulehdussairauden myötä ja tavallista on, että  
ravitsemustila heikkenee nopeasti akuutin sairauden yhteydessä. Lääkkeiden oton ajankohtia

ja lääkevalintoja tulee miettiä, sillä useat lääkkeet vaikuttavat ruoan maistumiseen ja ruokahuuluun. On syytä välttää jauhetun tai pahanmakuisen liuosmuotoisen lääkkeen antamista aterioinnin alussa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 213.)

### 3.3 Suun terveyden vaikutus ravitsemustilaan

Suun terveys on tärkeä osa elämänlaatua, mutta suun hoito on jäänyt ikääntyneiden perushoidon ja muiden sairauksien ohessa vähälle huomiolle (Hartikainen & Lönnroos 2008, 228). Ravitsemussuosituksissa ikääntyneille (2010b) kehoitetaan huolehtimaan hampaiden, suun ja proteesien päivittäisestä puhdistuksesta. Ravinnonsaantiin on todettu paljolti vaikuttavan suun terveydentila, ikenien ja hampaiden kunto ja lukumäärä. Hampaiden kunnolla on merkitystä erityisesti hedelmien ja muiden pureskelua vaativien ruoka-aineiden nauttimisessa. Kolmannes suomalaisista 65-75-vuotiaista ja 75 vuotta täyttäneistä yli puolet on hampaattomia. Suun tulehdukset hankaloittavat syömistä ja puhumista, vaikeuttavat sairauksien parantumista, heikentävät yleiskuntoa ja aiheuttavat kipua ja epämukavuutta. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 228.) Suun vaivat voivat olla syynä ikääntyneen ruokahaluttomuuteen (Strandberg 2013).

Yleinen ongelma ikääntyneillä on suun kuivuus. Osa sairauksista sekä monet pitkäaikaissairauksissa käytettävät lääkkeet vähentävät syljen eritystä. Ien- ja suutulehdusten sekä hampaiden reikiintymisen vaara kasvaa syljen vähenemisen myötä. (Strandberg 2013.) Sylki huuhtoo mikrobeja ja hillitsee niiden kasvua (Hartikainen & Lönnroos 2008, 234). Heikentynyt syljeneritys vaikuttaa merkittävästi nielemiseen, syömiseen ja puhumiseen (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b). Paras keino kostuttaa suuta olisi oma sylki. Syljeneritystä voi lisätä pureskelulla, joten ruoan tulisi sisältää juureksia, hedelmiä, vihanneksia ja kovaa leipää. Sokeroidut mehut ja virvoitusjuomat sen sijaan pahentavat suun kuivuutta entisestään. Ksylimukipurukumi ruokailun jälkeen lisää syljen eritystä, ehkäisee bakteerien kasvua ja vahvistaa hampaita. (Strandberg 2013.) Heikentynyt ravitsemustila voi johtaa suun kudosten muutokseen, jolloin sieni-infektioiden vaara ja tulehdusalttius kasvavat (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b).

### 3.4 Aliravitsemus

Aliravitsemuksella tarkoitetaan tilaa, jossa energian ja/tai ravintoaineiden saanti on tarvetta pienempi. Suurella osalla etenkin laitoksissa elävistä ikääntyneistä riski aliravitsemukselle on kasvanut. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 55.) Riski kasvaa ikääntymisen myötä ja merkittävästi riski kasvaa yli 80-vuotiailla. Tutkimuksissa on todettu yhteys myös ikääntyneen aliravitsemuksen ja yksinäisyyden, sosiaalisen eristäytyneisyyden, alkoholismin, paranoian eli vainoharhaisuuden ja köyhyyden välillä. (Muurinen ym. 2009.) Aliravitsemus voi

hoitamattomana johtaa infektioiden, hidastaa haavojen paranemista ja lopulta jopa kuolemaan (Arnaud-Battandier ym. 2000). Laitoshoidossa olevalla vanhuksella syömättömyys voi olla myös protesti laitoshoidosta vastaan tai keino saada itselleen huomiota. Dementoituneen sekavuus ja levottomuus nostavat energiankulutusta ja vähentävät syömistä, jolloin ikääntynyt laihtuu vääjäämättä. (Hiltunen 2009.) Dementiaa sairastavilla hoitolaitoksissa asuvilla ikääntyneillä on suurentunut aliravitsemuksen riski (The Joanna Briggs Institute 2010a).

Aliravitsemuksella voi olla monia seurauksia ikääntyneen terveydentilaan ja toimintakykyyn. Olennainen osa ikääntyneen elämänlaatua heikentävää haurautta, sairaalahoitoon joutumisen riskiä ja laitokseen joutumisen ennakointia on aliravitsemuksella. Erityisesti vajaa proteiinin saanti voi johtaa alentuneeseen tulehdusvasteeseen. (Muurinen ym. 2005.) Tutkimuksessa (Arnaud-Battandier ym. 2000) on todettu että hoivakodeissa asuvilla ikääntyneillä proteiinin ja energian saanti on vähäistä. Aliravitsemuksen myötä heikentynyt lihaskunto johtaa hengityksen ja sydämen toiminnan huononemiseen ja heikentynyt fyysinen kunto taas vähentää ikääntyneen liikkumisen määrää (Hiltunen 2009.) Niukan D-vitamiinin ja proteiinin saannin aiheuttaman lihaskadon myötä kehon hallinta vaikeutuu ja sen myötä kaatumis- ja murtumariski kasvaa. Pitkittyessään ravitsemusongelmat voivat johtaa noidankehään, jossa toimintakyvyn heikkeneminen, laihtuminen, iho-ongelmat ja infektiokierre seuraavat toinen toisiaan. Kauan jatkuneen noidankehän seurauksena hoitajaksot pitenevät toipumisen hidastuessa tai estyessä ja hoidon kustannukset kasvavat. (Hakala 2012.)

Tutkimuksissa Suominen ym. (2009) mukaan on todettu, että hoitajilla on puutteita tunnistaa ikääntyneiden potilaiden aliravitsemusta. Aliravitsemuksen vaarasta kertovat keskeiset merkit, kuten erittäin niukka syöminen, alle 23 kg/m<sup>2</sup> painoindeksi, painehaavat tai toistuvat infektiot, nopeasti alentuva paino (kolmessa kuukaudessa yli kolme kiloa), tai se ettei ikääntynyt pysty syömään kuin soseutettua tai nestemäistä ruokaa, tai on toipumassa tai odottamassa leikkauksen menoa. Riittävän energian ja proteiinin saanti tulee varmistaa erityisen huolellisesti, mikäli edellä mainittuja merkkejä ilmenee. Tarvittaessa käytetään paljon energiaa, proteiinia ja suojaravintoaineita sisältäviä täydennysravintovalmisteita ruuan lisänä. (Hakala 2012.) Koska huonoon ravitsemustilaan johtaneet syyt ovat ikääntyneillä erilaisia, hoidetaan aliravitsemusta tilanteeseen aiheuttaneen syyn mukaisesti (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 55).

### 3.5 Ravitsemussuositukset ikääntyneille

Valtion ravitsemusneuvottelukunta on julkaissut ikääntyneiden ravitsemukseen keskittyvät ravitsemussuositukset. Suositusten tavoitteena on että sairaaloissa, vanhainkodeissa, kotihoidossa ja koko terveydenhuollossa työskentelevät ammattilaiset osaavat toteuttaa ikääntyneen

hoidon osana ravitsemushoitoa ja tunnistaa ravitsemustilan heikkenemisen. Kaikilla ikääntyneiden parissa työskentelevillä on vastuu suositusten toimeenpanosta. Hyvä ravitsemustila ylläpitää toimintakykyä, terveyttä ja elämänlaatua, sekä nopeuttaa sairauksista toipumista. Suosituksissa on yleisten suositusten lisäksi omat ravitsemussuosituksensa hyväkuntoisille, kotona asuville ikääntyneille, joilla on useita sairauksia ja haurastumisriski, sekä kotihoidon asukkaille, monisairaille ja ympärivuorokautisessa hoidossa oleville ikääntyneille. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b.) Tässä opinnäytetyössä keskityttiin ympärivuorokautisessa hoidossa olevien ikääntyneiden ravitsemussuosituksiin. Kuviossa 1 on esitetty ravitsemussuositusten keskeiset painopisteet.



Kuvio 1: Ravitsemussuositusten keskeiset painopisteet (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b)

Ikääntyneen ihmisen toimintakykyyn vaikuttavat oleellisesti ravitsemustila, ravinnonsaanti ja ruokailu. Sairauksien ja kuntoutumisen yhteydessä otetaan huomioon erityistilanteet ravitsemushoidon toteuttamisessa ja ruokapalveluissa. Painoa tulee seurata säännöllisesti terveys-, hoiva- ja tukipalveluissa ravitsemustilan arviointiin kehitettyjä menetelmiä apuna käyttäen. Tarvittaessa syödyn ruoan määrä arvioidaan siihen soveltuvia menetelmiä käyttäen. Ravitsemusongelmiin tulee puuttua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja tehostettua ravitsemushoitoa aletaan toteuttaa kun paino on laskenut, ravitsemustila heikentynyt tai syödyn ruoan määrä on vähäinen. Ravitsemushoidolla turvataan riittävä proteiinin, energian, nesteen, ravintoaineiden ja kuidun saanti. D-vitamiinilisää käytetään ympäri vuoden 20 mikrogrammaa vuorokaudessa riittävän d-vitamiinin saannin turvaamiseksi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b.)

Ravinnonsaantiin tulee kiinnittää erityistä huomiota, jos paino on alentunut nopeasti (yli 3 kiloa kolmessa kuukaudessa), syöminen on erittäin vähäistä, painoindeksi on alle 23, ikääntynyt kykenee syömään pelkästään nestemäistä tai soseutettua ruokaa, ikääntyneellä on toistuvia

infektioita tai painehaavoja, tai ikääntynyt odottaa leikkaukseen menoa tai on toipumassa sairaudesta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b).

Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevilla ikääntyneillä on usein avuntarve päivittäisissä toiminnoissa ja muistisairaus. Monien asukkaiden ravitsemustila on huono ja täten riski virheravitsemukselle on kasvanut. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b.) Virheravitsemuksella tarkoitetaan tilaa, jossa henkilö saa ruokavaliossa yhtä tai useampaa ravintoainetta liikaa tai liian vähän (Terveyskirjasto 2014). Riittämättömän ravitsemuksen riski on sitä suurempi, mitä enemmän asukas tarvitsee hoivaa. Virheravitsemukselle altistavat lisäksi ympärivuorokautisessa hoidossa olevien tavallisimmat sairaudet, kuten muistisairaudet, sydän- ja verisuonisairaudet, sekä traumojen jälkitilat. Keskeistä on, että riittävästä ravinnonsaannista huolehditaan ja tarvittaessa aloitetaan tehostettu ruokavalio. Ympäri vuorokautisessa hoidossa oleva asukas on suositeltavaa punnita kerran kuukaudessa. Ruokailutilanteista tulisi tehdä mahdollisimman kodinomaisia asukkaalle. Kodinomaisuutta voidaan lisätä esimerkiksi pöytien kattauksella, hoitajan läsnäololla ruokailutilanteessa, rauhallisella ruokailutilanteella ja yksilöllisellä ruoka-annoksella. Ruokailuhetki voidaan rauhoittaa vaikkapa ruokarukouksella. Ruokailun toteutus suunnitellaan mahdollisuuksien mukaan yhteistyössä asukkaan kanssa riittävän ravinnonsaannin turvaamiseksi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b.)

Asukkaan avuntarve ruokailussa arvioidaan ja syömisestä muistutetaan tarvittaessa. Omatoimista ruokailua tuetaan. Ruokaillessa hoitajat istuvat ruokapöydän ääressä yhdessä ikääntyneiden kanssa ja syöttämiseen varataan tarpeeksi aikaa. Syöttäessä hoitaja istuu mukavasti ja on katsekontaktissa potilaaseen. Ruokailun aikana kerrotaan potilaalle mitä tarjoillaan, mutta muuten hoitaja puhuu mahdollisimman vähän. Ruokalajit pidetään erillään toisistaan, jotta maut eivät sotkeennu keskenään. Ruokaa ja juomaa tarjoillaan vaihtelevasti, pieniä paloja ja kuluksia kerrallaan. Hoitaja huolehtii syötettävän mukavasta asennosta syöttämisen aikana. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b.)

Ateria-aikojen tulisi jakautua tasaisesti koko päivälle, koska ikääntyneet eivät useimmiten jaksa syödä suuria määriä kerrallaan. Suositeltavat ateria-ajat on esitelty taulukossa 2. Kulutusta vastaavan energian saamisen ja ikääntyneen oman rytmin kunnioittamisen olisi hyvä olla tavoitteena ateria-aikoja suunniteltaessa. Erillisenä ateriana tarjottava iltapäiväkahvi on suositeltava. Päivällinen ja iltapala tarjoillaan usein liian lyhyen ajan sisällä toisistaan. Välipaloja tulisi olla saatavilla etenkin heikosti syöville potilaille aina, myös yöllä. Yöllä tarjottu välipala voi lisäksi auttaa levotonta yöllä heräilevää asukasta rauhoittumaan. Hoitolaitoksissa välipaloista saadaan vain noin kymmenen prosenttia koko päivän energiamäärästä, mutta pääaterioiden lisäksi syötävät välipalat lisäävät kokonaisenergiansaantia. Välipalana voidaan tarjota esimerkiksi proteiinipitoisia maitorahkoja ja vanukkaita. Yöpaasto ei saisi olla yli 11 tuntia. Asukkaan energiansaanti jää pienemmäksi, jos yöpaasto on yli 15 tuntia ja päivän ateriat

tarjotaan kymmenen tunnin sisällä, kuin jos yöpaasto on lyhyempi ja aterioiden välillä on pienempi aika. Ateria-ajoissa tulee pyrkiä aina yksilölliseen suunnitteluun. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b.)

Ateria	Kellonaika	Osuus energiansaannista/vrk %
Aamupala	7.00-10.30	15-20
(Välipala	9.30-10.30	5-10)
Lounas	11.00-13.00	20-25
Päiväkahvi	14.00-15.00	10-15
Päivällinen	17.00-19.00	20-25
Iltapala	19.00-21.00	10-15
(Yöpala tarvittaessa)		

Taulukko 2: Suositeltavat ateria-ajat (mukaellen Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b.)

### 3.6 D-vitamiini

D-vitamiini on kalasta, nestemäisistä maitovalmisteista ja kesäkuukausina auringon uv-säteilyn kautta saatava vitamiini. D-vitamiinia tarvitaan fosfaatin ja kalsiumin imeytymiseen suolistossa turvaamaan luuston rakennusaineiden saantia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 43.) D- vitamiini on otettu osaksi tätä työtä, koska valtion ravitsemussuosituksissa ikääntyneille (2010b) suositellaan ympärivuorokautisessa hoidossa oleville D-vitamiinilisää 20 mikrogrammaa vuorokaudessa. D3-vitamiini on tärkein D-vitamiinin muoto, sitä saadaan luonnollisissa elintarvikkeissa ainoastaan kalasta merkittäviä määriä. D2-vitamiinia esiintyy myös kasvikunnan tuotteissa, mutta niin pienissä määrin että kasviruokavaliota noudattavien tulee pimeänä vuodenaikana käyttää D-vitamiinilisää. (Paakkari 2013.) Mikäli D-vitamiinin saanti ravinnosta on runsasta riittää 10 mikrogramman annos vuorokaudessa. Turvallisena D-vitamiinin ylärajana pidetään 50 mikrogramman vuorokausiannosta, ruokavaliosta liikasaannin vaaraa ei ole. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b.)

D-vitamiinin osuus luuston aineenvaihduntaan tiedetään, mutta viime vuosina on tutkittu D-vitamiinin yhteyttä myös tyypin 2 diabeteksen, syövän ja sydän- ja verisuonitautien riskiin. Tutkimuksissa on todettu naisten kärsivän miehiä enemmän D-vitamiinin puutteesta. Erityisen suuri D-vitamiinin puutoksen riski on ikääntyneillä vähentyneen ulkoilun ja heikentyneen ihon D-vitamiinin tuotannon vuoksi. (Miettinen ym. 2007.) Ikääntymisen myötä D-vitamiinin imeytyminen suolistosta saattaa heikentyä. D-vitamiinin imeytymistä voivat lisäksi heikentää jotkut lääkkeet ja sairaudet. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b.)

D-vitamiinin puutos suurentaa lisäkilpirauhashormonipitoisuutta, joka luun aineenvaihduntaa kiihdyttäessään voi aiheuttaa osteoporoosia (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b). Osteoporoosilla tarkoitetaan sairautta, jossa luusto heikentyy ja näin ollen altistaa murtumille (Alhava & Riikola 2008). Tasapainoa heikentää ja luun murtumille altistaa entisestään D-vitamiinin puutoksen aiheuttama lihaskato. Riittävän D-vitamiinin saannin on todettu parantavan lihaskoordinaatiota, luun mineraalitiheyttä sekä vähentävän kaatumisia ja luunmurtumia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b.) Kaatumisriski pienenee koska D-vitamiini parantaa lihasten toimintaa. Tutkimuksessa on todettu että kaatumista ehkäisevä vaikutus saavutetaan, kun päivittäinen D-vitamiinin saantitaso on 17,5-20 mikrogrammaa. Tällä saantitasolla kaatumisriski vähenee viidenneksellä. Alle 17,5 mikrogramman päiväannoksilla ei ole hyötyä kaatumisen ehkäisyssä. (Bischoff-Ferrari ym. 2009.)

### 3.7 Ummetus

Liian vähäinen kuidun ja nesteiden saanti lisäävät ummetuksen riskiä. Kuitua saadaan kasvikunnan tuotteista, kuten viljoista, kasviksista, hedelmistä ja marjoista. (Mustajoki 2013.) Ummetuksella tarkoitetaan tilannetta, jolloin ulostaminen tapahtuu harvemmin kuin kerran kolmessa vuorokaudessa tai ulostamiseen liittyy muita vaivoja (esimerkiksi kipu ulostaessa). Ummetuksen taustalla voi olla monia syitä, esimerkiksi kuivuminen, wc-järjestelyt ja opioidien eli vahvojen kipulääkkeiden käyttö kipulääkkeenä. (Tilvis ym. 2001, 158; 385.) Liian vähäinen kuidun määrä on usein syynä ikääntyneille yleiseen ummetukseen. Liikunnan ja juomisen vähyys lisäävät myös ummetuksen riskiä. Suolen toiminnalle tärkeää olisi saada päivittäin 25-35 grammaa ravintokuitua. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b.)

Ummetus voi aiheuttaa sekavuutta, pahoinvointia ja kipua. Ensisijaisesti pitää pyrkiä syynmukaiseen hoitoon. Ummetusta voidaan estää riittävällä nesteen saannilla, laksatiiveilla eli ulostuslääkkeillä ja ruokavalion avulla. Hoitohenkilökunta pitää potilaan suolen toiminnasta kirjaa ja tarvittaessa potilasta autetaan ulostamaan. (Tilvis ym. 2001, 385.) Kauan jatkuva ulostuslääkkeiden käyttö voi veltostuttaa suolta, jolloin ummetus muuttuu krooniseksi eli pitkäaikaiseksi tai toistuvaksi. Ensisijainen ummetuksen hoitomuoto tulisi olla kuitupitoinen ruokavalio. (Haglund ym. 2001, 228.) Lisäksi säännöllinen ruokailu ja wc-käynnit ovat ensisijaisia ummetuksen hoidossa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b).

Ravintokuitu lisää ulostemassaa, sitoo vettä ja tekee ulosteen pehmeäksi. Ravintokuitu päättyy ruuansulatuskanavan läpi lähes muuttumattomana paksusuoleen ja näin ehkäisee ummetusta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b.) Ravinnon kuitupitoisuutta voidaan lisätä vaihtamalla valkoiset viljatuotteet, kuten tavallinen riisi ja valkoinen leipä, vastaaviin täysjyvävalmisteisiin. Hedelmien, marjojen ja kasvien määrää ruokavaliossa tulee niin ikään lisätä. Eri-tyisen tehokas ummetuksen hoidossa on selluloosakuitu, jota on varsinkin leseissä, juureksissa

ja täysjyvävalmisteissa. Leseitä voi lisätä 2-5 ruokalusikallista päivittäin esimerkiksi velleihin, puuroihin ja taikinoihin. Suolen toimintaa lisäävät myös kuivatut hedelmät, kuten luumut. (Haglund ym. 2001, 228-230.) Kuitupitoisempi ruokavalio voi aluksi aiheuttaa lisääntyneitä ilmavaivoja, joista on hyvä tiedottaa potilasta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b). Ummetuksen hoidossa kuitupitoisen ravinnon teho saattaa ilmetä vasta viikkojen kuluttua (Haglund ym. 2001, 230).

#### 4 Kehittämistoiminnan menetelmät

Tässä opinnäytetyössä on käytetty sekä määrällistä että laadullista tutkimusmenetelmää. Laadullista tutkimusmenetelmää käytettiin teemahaastattelun osalta ja numeerista, määrällistä tietoa asukkaiden ravitsemustilasta saatiin MNA-testien avulla. Laadullisen ja määrällisen tutkimusmenetelmän käyttö yhdessä voidaan nähdä toisiaan täydentäviksi lähestymistavoiksi. Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus on sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä melko paljon käytetty menetelmä. Keskeisiä asioita määrällisessä tutkimuksessa ovat aiemmat teoriat, hypoteesien esittäminen, johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, käsitteiden määrittely, taulukkomuodossa esitetyt muuttujat ja tilastollisesti käsiteltävään muotoon saatettu aineisto, tilastolliseen analysointiin tehty päätelmien teko havaintoaineistoin perusteella, koejärjestelyjen tai aineiston keruun suunnitelmat, sekä tutkittavien henkilöiden tai koehenkilöiden valinta usein tarkoilla koehenkilömäärittelyillä ja otantasuunnitelmilla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 130-131.)

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Pyrkimyksenä kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tutkia mahdollisimman kokonaisvaltaisesti kohdetta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on saada kokonaisvaltainen kuva asukkaiden ravitsemustilasta, jolloin laadullisen tutkimusmenetelmän käyttö on perusteltua. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei niinkään ole todentaa olemassa olevia väittämiä, vaan paljastaa tai löytää tosiasioita. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineisto kootaan todellisissa, luonnollisissa tilanteissa ja tutkimuksessa suositetaan ihmistä tiedon keruun instrumenttina. Metodeina suositetaan muun muassa osallistuvaa havainnointia, teemahaastattelua, erilaisten dokumenttien ja tekstien diskursiivista analyysia ja ryhmähaastatteluja. Aineiston hankinnassa suositetaan siis sellaisia metodeja, joissa tutkittavien ääni ja näkökulmat pääsevät esille. Yleisimmät laadullisessa tutkimuksessa käytetyt aineistonkeruumenetelmät ovat kysely, havainnointi, haastattelu ja erilaisiin dokumentteihin pohjautuva tieto (Hirsjärvi ym. 2006, 152-155.)



#### 4.1 MNA, Mini Nutritional Assessment

MNA-testi on yksi eniten käytetyistä mittareista ikääntyneiden ravitsemustilan arvioinnissa ja sitä suositellaan käytettäväksi osana kokonaisvaltaista hoitoa. MNA soveltuu erityisesti ikääntyneiden ravitsemustilan arviointiin. (Anthony ym. 2010.) MNA-testi on tarkoitettu käytettäväksi yli 65-vuotiailla. Testissä ikääntyneet on jaettu kolmeen ryhmään: virheravitsemuksen riskissä oleviin, virheravitsemuksesta kärsiviin ja hyvän ravitsemustilan omaaviin. (Suomen muistiasiantuntijat ry 2013.)

MNA koostuu yleisestä terveydentilan arvioinnista, antropometrisistä mittauksista, subjektiivisesta arvioinnista ja ruokavalion kartoituksesta (Hartikainen ym. 2009). Antropometrisillä mittauksilla mitataan ikään ja ravitsemustilaan liittyviä ruumiinrakenteen muutoksia (Rintala 2000). Testin avulla pystytään arvioimaan vajaaravitsemuksen riskiä ja tunnistamaan ravitsemushoidon tehostamisen tarpeessa olevat asukkaat. Ikääntyneen vajaaravitsemuksen riskiä tulisi arvioida hoidon alussa ja säännöllisesti hoidon jatkuessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 157.) Muistihäiriöpotilaiden kohdalla MNA-testiä käytettäessä haasteena on saada luotettavaa tietoa ravitsemustilasta (Hartikainen ym. 2009). MNA-testi on validoitu, joten esitestaukseen ei tarvitse suorittaa. MNA-testi on vapaasti käytettävissä, mutta sen kysymyksiä tai asetuksia ei saa muuttaa. (MNA Forms 2014.)

#### 4.2 Juurruttaminen kehitystoiminnan menetelmänä

Juuruttaminen on koulutuksen ja työelämän yhteistä, oppimiseen perustuvaa toimintaa. Juurruttamisen tarkoituksena on että koko yhteisö oppii ja se perustuu käsitykseen ihmisestä aktiivisena ja oppivana toimijana. Juurruttamiseen osallistuvat opiskelijat ja yhteisön jäsenet pyrkivät ymmärtämään yhteisön työtapoja uudella tavalla jotta voisivat vaikuttaa niihin. Osana työ- ja toimintaprosesseja tuotetaan uutta osaamista työyksikkökohtaisesti. Juurruttamisessa ja oppimisessa voidaan nähdä sama tarkoitus: toiminnan muuttaminen. Yhteisö miettii juurruttamisessa perusteet toiminnan muuttamisen tarpeelle ja lähtee työstämään niitä yhdessä. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2012.)

Learning by Developing eli kehittämispohjainen oppiminen toimii juurruttamisen oppimiskäsitteksenä. Kehittämishankkeissa muodostetaan kehittämispohjaista oppimista, tavoitteenaan tuottaa uutta osaamista, innovaatioita, tietoa, toimintamalleja ja uudistaa työkalut. Sitouttamalla työyhteisö yhteisen osaamisen ja toiminnan muutoksen muodostamiseen edistetään työyhteisön toimintakulttuurin muutosta. Juurruttamisessa toimintatavan tuottaminen ja käyttöön ottaminen tapahtuvat samanaikaisesti. Vuorovaikutus yhteisön kesken on tärkeä osa juurruttamista. Muita juurruttamisen peruspilareita ovat muutosprosessi ja johtajuus. (Ahonen ym. 2012.)

Työyhteisössä juurruttaminen tapahtuu opiskelijoiden ja hoitohenkilökunnan välisenä toimintana, ohjaavan opettajan ja työryhmän esimiehen edistämänä. Työyhteisö valitsee jäsenet kehittämistä edistävään työryhmään, mutta muutoksen aikaansaaminen edellyttää koko työyhteisön aktiivista osallistumista ja työskentelyä. Motivoituneen ja sitoutuneen ryhmän muodostaminen on tärkeää prosessin onnistumisen vuoksi. (Ahonen ym. 2012.)

Juuruttamisessa tieto nähdään hiljaisena ja tutkimustietona. Kokemuksellista, toiminnassa olevaa tietoa kutsutaan hiljaiseksi tiedoksi. Hiljainen tieto on yhteisön ja yksilön tietoa siitä miten ympäristössä toimitaan. Luettavissa oleva, näkyvä tieto taas on tutkimustietoa. Tutkimustieto on tuotettu tutkimuksen avulla tai se on teoreettista tietoa. Näitä kahta tietoa yhdistetään ja vertaillaan juurruttamisen menetelmässä. (Ahonen ym. 2012.)

Ennen kehittämistoiminnan aloittamista pitää määrittää kehitettävä kohde. Nykyinen toimintakäytäntö tehdään ensin sanallisesti näkyväksi kuvaksi. Toisessa vaiheessa nykyinen toiminta jäsenellään käsitteelliselle tasolle, jolloin voidaan käsitekartan avulla kuvailla hoitajien hiljaista tietoa kehittämiskohteesta. Työyhteisö päättää kehitettävän kohteen nykytilanteen pohjalta. Tämän jälkeen asiasta etsitään tutkittua ja teoreettista tietoa, verrataan niitä käytännön tietoon ja rakennetaan työyhteisöön uusi toimintatapa yhdessä koko työyhteisön kanssa. Uutta ammatillista osaamista syntyy kun uusi toimintatapa on juurtunut osaksi työyhteisön toimintatapaa. (Ahonen ym. 2012.)

#### 4.3 Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä

Haastattelun ideana on selvittää mitä toinen ihminen ajattelee tai miksi hän toimii tietyllä tavalla. Joustavuus on haastattelun etu, tutkija voi esittää kysymykset siinä järjestyksessä kun kokee aiheelliseksi ja selventää tai toistaa kysymyksen. Tärkeintä haastattelussa on saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta ja onkin perusteltua antaa aiheet tai haastattelukysymyksen tiedonantajille jo ennen haastattelua. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 72-73.) Haastattelumenetelmä voidaan valita jos halutaan esimerkiksi selventää saatavia vastauksia tai ennalta tiedetään että tutkimuksen aihe tuottaa vastauksia monitahoisesti (Hirsjärvi ym. 2006, 194). Haastatteluun voidaan valita henkilöt, joilla on eniten kokemusta tutkittavasta ilmiöstä tai tietoa aiheesta. Lomake-, teema- ja syvähaastattelu ovat erilaisia haastattelun muotoja. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 74-75.) Haastattelun kautta pyritään tiettyyn päämäärään ja tutkimuksen tavoite ohjaa tutkimushaastattelua. Tiedon intressi on haastattelijalla, hän ohjaa keskustelua, tekee aloitteita ja kysymyksiä, kannustaa haastateltavaa vastaamaan ja fokusoi keskustelua tiettyihin teemoihin. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 23.)

Tässä työssä käytettiin teemahaastattelua työyhteisön nykytilan kartoittamiseen. Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelussa edetään etukäteen valittujen teemojen ja tarkentavien kysymysten avulla. Haastattelussa käytetyt teemat perustuvat tutkittavasta tiedosta jo tiedettyyn, eli tutkimuksen viitekehykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 75.) Teemahaastattelua voidaan käyttää sekä kvantitatiivisessa että kvalitatiivisessa tutkimuksessa (Hirsjärvi ym. 2006, 197). Teemahaastattelu ei sido haastattelua tiettyyn leiriin, ota kantaa aiheen käsittelyn syvyyteen tai haastattelukertojen määrään. Yksityiskohtaisten kysymysten sijaan teemahaastattelu etenee keskeisten teemojen johdolla. Teemahaastattelu antaa ihmisten tulkinnoille tilaa ja tuo haastateltavien äänen kuuluviin. Teemat ovat kaikille haastateltaville samat. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48.)

#### 4.4 Tiedonkeruuaineiston litterointi ja sisällönanalyysi

Puhtaaksikirjoitus eli litterointi voidaan tehdä koko haastatteludialogista, teema-alueista tai vain haastateltavien puheesta. Yksiselitteisiä ohjeita aineiston litteroinnista ei ole, litteroinnin tarkkuus riippuu tutkimusotteesta ja tutkimustehtävästä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 141.)

Tässä työssä aineiston analysointiin käytettiin teemakortistoa ja sisällönanalyysia. Teemahaastattelun menetelmällä koottu aineisto voidaan purkaa muodostamalla kortisto (Hirsjärvi & Hurme 2000, 142). Menetelmästä voidaan käyttää myös nimitystä teemoittelu (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Kortisto voidaan muodostaa esimerkiksi tietokoneella ilman tekstianalyysiohjelmaa. Tällöin jokaiselle haastateltavalle luodaan oma tiedosto ja kullekin teemalle oma sivunsa ja eri haastateltavien samaa teemaa koskevat sivut lopulta kootaan peräkkäin. Samalla kun haastattelija purkaa aineistoa kortistoon, hän aloittaa lukemis- ja analyysivaihetta. Haastatteluvastausten olennainen sisältö tulee löytää ja tutkijan tulee päätellä milloin haastateltava puhuu tarkasteltavasta teemasta. Samasta teemasta saattaa muodostua keskustelua eri vaiheissa haastattelua, jolloin ne kootaan samaan teemakorttiin. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 142).

Aineistojen perusanalyysimenetelmänä käytetään sisällönanalyysia. Sisällönanalyysillä pystytään esittämään tutkittavien asioiden välisiä suhteita ja esittää laajasti mutta tiiviisti ilmiötä. Sisällönanalyysin tuloksena syntyy käsitejärjestelmiä, käsiteluokituksia ja käsitekarttoja tai malleja. Sisällönanalyysi voidaan käsittää yksittäiseksi metodiksi tai kvalitatiivisen aineiston analyysikokonaisuuksien teoreettiseksi taustaksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166-167.) Taulukossa 3 on esitetty miten tässä työssä haastatteluaineistoa on luokiteltu.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Pyritään näissä juomissa maito, piimä, mehu, vesi, leivät, leivänpäälliset ja sitten niissä annosten koossa, niissä pystytään sit aina vähän kyselee et mitä kukakin haluaa, niissä se yksilöllisyys toteutuu.	Otetaan huomioon toiveet	Yksilöllisyyden huomioiminen	Yksilöllisyys
Mun mielestä se on hirveän hyvin hoidettu täällä tämä suu että ei vois varmaan paremmin suoriutuu	Suun hoito toteutuu yksikössä hyvin	Suun terveydestä huolehtiminen	Suun hoito
Pyritään että meillä olisi kaunista, laitosapulaiset kattaa pöydän nätisti aina	Pöydät katetaan kauniisti	Viihtyisän ruokailuympäristön huomioiminen	Ruokailuympäristö

Taulukko 3: Haastatteluaineiston luokittelu

Tässä työssä teemahaastattelu nauhoitettiin, litteroitiin sanasta sanaan ja purettiin tietokoneen tekstinkäsittelyohjelman avulla muodostamalla edellä mainittu teemakortisto. Aineistoa kertyi yhteensä 18 sivua. Ennen litterointia haastattelu kuunneltiin läpi, ja toisen kerran teemakortiston muodostamisen jälkeen, jotta varmistuttiin että asiat ja ilmaisut on ymmärretty ja kirjoitettu oikein. Teemakortistosta etsittiin samaa tarkoittavia asioita ja pyrittiin löytämään yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia ja näin muodostamaan näkemys haastateltavien mielipiteestä.

#### 4.5 Eettisyys kehittämistoiminnassa

Tieteellisen tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden sekä luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden yksi edellytys on, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002). Eettiset ohjeet ja suositukset tuovat esiin arvoperustan, jota kehittämistoiminnassa ja tutkimuksessa on noudatettava erityisesti terveydenhuollossa. Kehittämistoiminnan eettisyyttä arvioitaessa on syytä kiinnittää huomiota hyvään tieteelliseen ja toimintakäytäntöön. Hyvän tieteellisen toiminnan periaatteita noudatetaan

myös ammattikorkeakoulujen kehittämistyössä. Käytännönläheisessä ammatillisessa toiminnassa korostuvat lisäksi ammattikuntien laatimat ammattieettiset periaatteet. Ennen tutkivan kehittämistoiminnan aloittamista tulee miettiä aiheen valinnan, tutkimuksen ja kehittämistoiminnan kohdentamisen eettisyys. Kehittämistoiminnassa ja siihen liittyvässä tutkimuksessa ei saa väheksyä eri ihmisiä tai ihmisryhmiä eikä loukata ketään. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 44.)

Aineiston laatua voidaan tavoitella hyvällä haastattelurungolla. Laatua haastatteluvaiheen aikana voi parantaa huolehtimalla teknisen laitteiston toimintakunnosta (nauhuri). Mahdollisimman nopea aineiston litterointi parantaa haastattelun laatua. Haastatteluaineiston luotettavuus on sen laadusta riippuvainen. Haastatteluaineistoa ei voi sanoa luotettavaksi jos vain osaa haastateltavista on haastateltu, litterointi ei noudata tiettyjä sääntöjä tai tallenteiden kuuluvuus on huono. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 185.)

Tähän työhön haettiin tutkimuslupa Perusturvakuntayhtymä Karviaiselta. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastatteluaineisto litteroitiin pian haastattelun jälkeen. Haastattelun luotettavuutta lisäsi haastattelijan ulkopuolisuus työyhteisöstä. Haastattelun teemakortistot ja tallenteet säilytettiin haastattelijan kotona lukkojen takana ja ne hävitettiin analysoinnin jälkeen.

#### 4.6 Muutos kehittämistoiminnassa

Kehittämistyön ideana on tuottaa päivittäistä työtä parantavaa, kehittävää ja uudistavaa toimintaa. Uusi osaaminen ei automaattisesti siirry käytännön toimintatavaksi, vaan on vaativa prosessi. Jotta koko työyhteisö ottaisi muuttuneen toimintatavan käyttöön, on oppiminen kohdistettava toiminnan perustelujen uudelleen rakentamiseen. Uusi toimintatapa muodostetaan osana toimijoita ja työprosessia. Muutosprosessi etenee vaiheittain muutosta edeltävästä vaiheesta uhan kokemisen vaiheeseen, siitä vastustuksen vaiheeseen ja lopulta muutoksen hyväksymisen. Muutos aiheuttaa yhteisössä aina jonkin verran vastarintaa. (Ahonen ym. 2009.)

Muutosta lähdettiin kehittämään yhdessä juurruttamiseen osallistuvan Toivokodista nimetyn työryhmän kanssa. Esille nousseet asiat ja muutoksen tarpeet otettiin käsittelyyn toisessa tapaamisessa, jossa päätettiin tutkittuun tietoon pohjautuen kehitettävistä kohteista.

### 5 Kehittämistoiminnan toteutus

Opinnäytetyön toteutus lähti liikkeelle syyskuussa 2013 Laurea-ammattikorkeakoulun rekrytointiseminaarissa Lohjalla. Rekrytointiseminaarissa julkaistiin opinnäytetöiden aiheet ohjaajien toimesta. Seminaarin jälkeen opiskelijat hakivat kirjallisesti haluamaansa aihetta. Haun

tulokset julkaistiin syyskuussa 2013. Valinnan jälkeen opinnäytetyötä työstettiin itsenäisesti, sekä tiedonhaku- ja orientaatiopajoissa. Alustava suunnitelma opinnäytetyöstä esiteltiin lokakuun lopussa.

Ohjaavien opettajien kanssa käytiin tapaamassa Toivokodin osastonhoitajaa 30.10.2013. Tapaamisessa sovittiin yhteisistä tavoitteista työn suhteen ja päädyttiin juurruttamisen menetelmään. Tiedonkeruumenetelmäksi tapaamisessa suunniteltiin teemahaastattelu. Teemahaastattelun toteutusajankohdaksi päätettiin tammikuu 2014. Lisäksi sovittiin, että asukkaille teetetään henkilökunnan toimesta ravitsemustilan arvioinnit. Harkinnan jälkeen päätettiin toteuttaa arvioinnit MNA-testin avulla, toisena menetelmänä harkittiin NRS-2002-mittarin käyttöä. Mittareita vertailtaessa todettiin, että MNA-testi palvelee opinnäytetyön tarkoitusta paremmin ja on enemmän työn kohdejoukolle suunnattu.

Tapaamisen jälkeen opinnäytetyötä työstettiin itsenäisesti ja lopullinen suunnitelma esiteltiin joulukuussa 2013 suunnitelmaseminaarissa. Suunnitelmaseminaarissa jokainen opinnäytetyön tekijä esitteli työnsä ja aiemmin nimetty opponoiija, muu yleisö ja ohjaavat opettajat antoivat työstä rakentavaa palautetta. Hyväksytyn suunnitelman jälkeen haettiin tutkimuslupa Toivokodilta.

Teemahaastattelu toteutettiin sovittua ajankohtaa myöhemmin, 3.3.2014 juurruttamiseen osallistuvalla työryhmällä. Työryhmään kuului sairaanhoitaja, kaksi lähihoitajaa ja laitoshuoltaja. Haastatteluun osallistui lisäksi osastonhoitaja. Haastattelun teemat muodostettiin työn teoreettisen viitekehyksen mukaan. Haastattelu toteutettiin ryhmässä, eivätkä haastateltavat tienneet kysymyksiä tai teemoja etukäteen. Haastatteluun käytettiin aikaa puolitoista tuntia ja se pidettiin Toivokodin tiloissa. Haastattelu nauhoitettiin ja purettiin myöhemmin koneelle. Haastattelu litterointiin koneelle sanasta sanaan, muodostettiin teemakortisto ja tarkasteltiin mikä on työn kannalta oleellista tietoa ja mikä ei ollut merkityksellistä. Litteroitu aineisto jaettiin koneen tekstinkäsittelyohjelmalla teemoittain ja haettiin tekstistä samaa tarkoittavia lauseita ja sanontoja. Ilmaukset pelkistettiin yläluokkiin taulukon 3 esittämällä tavalla. Aineistosta analysoitiin haastateltavien näkemys kustakin asiasta.

MNA-testit teetettiin henkilökunnan toimesta kaikille asukkaille maaliskuun aikana. Testien tulokset toimitettiin nimettöminä opinnäytetyön tekijälle. MNA-testien tulokset analysoitiin opinnäytetyön tekijän toimesta huhtikuun aikana.

Teemahaastattelun pohjalta luotiin kaavio, jossa kuvattiin nykytilannetta Toivokodissa. Kaavion oheen kerättiin ravitsemussuositusten oleellinen sisältö kunkin haastattelussa olleen teeman osalta. Kaavio lähetettiin sähköpostitse juurruttamisen työryhmälle, joka esitteli sen muulle työyhteisölle. Työyhteisö esitti kaavion pohjalta kehitysehdotuksiksi ruokailutilanteet,

yksilöllisen ruokailurytmin noudattamisen ja suun hoidon tehostamisen erityisesti dementoitu-neilla ja opinnäytetyön tekijän toivottiin valitsevan niistä.

Huhtikuussa pidettiin juurruttamisen ryhmän kanssa toinen tapaaminen. Tapaamisessa ryh-mälle esiteltiin MNA-testien tulokset ja esiteltiin tutkittuun tietoon perustuvaa tietoa kehitet-tävästä kohteesta josta ryhmä valitsi käyttöön otettavat asiat. Uuden toiminatavan rakenta-misesta on kerrottu tarkemmin kappaleessa 6. Samassa tapaamisessa työyhteisölle jätettiin täytettäväksi kehittämistoiminnan arviointilomakkeet.

Yhteistyö juurruttamisen työryhmän kanssa toimi koko kehittämistoiminnan ajan hyvin ja uu-det ideat otettiin mielenkiinnolla vastaan. Tapaamisia järjestettiin ryhmän kanssa kaksi ker-taa. Yhteydenpito ryhmän kesken toimi hyvin.

## 5.1 Nykytilanteen kuvaus ja kehittämiskohteen valinta

Teemahaastattelu toteutettiin maaliskuussa 2014, johon nimetty työryhmä osallistui. Haastat-telun teemat valittiin työn teoreettiseen viitekehykseen pohjautuen ja haastattelu toteutet-tiin ryhmässä. Asukkaille teetettiin MNA-testit maaliskuun aikana ja ne toimitettiin opinnäyte-työn tekijälle analysoitavaksi huhtikuun alussa.

## 5.2 Teemahaastattelun tulokset

Teemahaastattelu pidettiin juurruttamisen ryhmälle 3.3.2014 Toivokodin tiloissa. Haastatte-luun osallistui osastonhoitaja, sairaanhoitaja, kaksi lähihoitajaa, laitoshuoltaja ja opinnäyte-työn tekijä. Opiskelija oli seuraamassa haastattelua, mutta ei osallistunut. Haastateltavat ei-vät tienneet teemoja tai kysymyksiä ennalta ja haastattelu nauhoitettiin. Ennen haastattelua haastateltavat lukivat ja allekirjoittivat saatekirjeen. Haastattelu kesti noin puolitoista tuntia ja aikataulussa pysyttiin. Haastattelu toteutettiin rauhallisessa tilassa, eikä keskeytyksiä tul-lut. Tulokset on esitetty teemahaastattelurungon mukaisessa järjestyksessä.

### 5.2.1 Ravitsemussuositukset ikääntyneille

Ensimmäisenä teemana käsiteltiin ravitsemussuositusten sisältöä. Haastateltavilta kysyttiin ensimmäisenä, miten yksilöllinen ravitsemus heidän mielestään toteutuu. Ruoka tulee val-miina keskuskeittiöltä, mutta henkilökunta koki että ruokailun yksilöllisyyttä pystyttiin toteut-tamaan ruoka-annosten koolla, kuuntelemalla asukkaiden toiveita, ruokajuomien valinnassa ja erityisruokavalioiden osalta. Asukkaan nielemis- ja purentakyky otettiin huomioon. Osa asuk-kaista pystyi ilmaisemaan omia toiveitaan ruoan suhteen ja ne toteutettiin mahdollisuuksien

mukaan. Omaiset toivat myös hedelmiä ja muita ruokia, joita Toivokodin henkilökunta tarjosi asukkaille. Hyvänä asiana pidettiin, että tarjolla on usein suomalaisia perinneruokia.

Pyritään näissä juomissa maito, piimä, mehu, vesi, leivät, leivänpäälliset ja sitten niissä annosten koossa, niissä pystytään sitten aina vähän kyselemään että mitä kukakin haluaa, niissä se yksilöllisyys toteutuu.

Kun kysytään välillä et mikä maistuisi niin kyllä ne pystyy sanomaan ja jos ei asukas itse niin sitten omaiset kertoo mikä on ainakin ennen maistunut niin voidaan kokeilla

Toisena kysyttiin, mitä mahdollisia esteitä henkilökunta näkee yksilöllisen ravitsemuksen toteutumiselle. Esteinä yksilöllisen ravitsemuksen toteutumiselle koettiin keittiöstä valmiina tuleva ruoka ja raha. Yhteisen aterian suunnittelun ei koettu toteutuvan täydellisesti. Esille nousi, että kaikkien asukkaiden toiveita on mahdotonta toteuttaa, mutta pyrkimyksenä on ottaa toiveita huomioon ja tarjoilla toivottuja ruokia eri aikoina. Asukas ei myöskään välttämättä tiedosta itse, mitä hän kykenee tai ei kykene syömään.

Yhdessähän sitä ruokaa pitäisi vähän suunnitella näiden ikäihmisten kanssa niin se ei kyllä mun mielestä toteudu. Mutta sitten aika vaikeahan se on kun joku tykkää niistä sosekeitoista ja joku ei tykkää. Kompromissi se ruoka sitten aina vähän on.

Asukkaan kunto ei välttämättä aina ihan vastaa sitä mitä hän ajattelee itse pystyvänsä syömään.

Kolmantena kysyttiin, mitkä ovat henkilökunnan mielestä ravitsemussuosittelun keskeisimpiä painopisteitä ja miten hyvin suositukset toteutuvat. Kaikki haastateltavat mainitsivat ruokailuvälien olevan yksi keskeisimmistä. Samalla todettiin, että iltapalan ja aamupalan väliin jäävä yöpaaston pituus on hankala toteuttaa suositusten mukaisesti. Ikääntyneiden erilaiset unirytmit sekä aamu- ja iltapalan ajoitus keittiön mukaan aiheuttavat haastetta suositellun yöpaaston toteutumiselle. Iltavuorossa on aloitettava ajoissa laittaa asukkaita nukkumaan, jotta kaikki työtehtävät ehditään tehdä. Henkilökunta pyrki toteuttamaan aamu- ja iltapalan jaon niin, että myöhempään nukkuvat saavat aamu- ja iltapalan myös myöhemmin, näin yöpaaston pituus ei veny liikaa. Esille nousi että osa asukkaista ei tahdo syödä enää illalla eikä henkilökunta voi heitä pakottaa syömään.

Aika vaikea toteuttaa se iltapalan ja aamupalan väli kun vanhukset haluisi nukkua tai mennä nukkumaan

Pyritään siihen että siinä järjestyksessä mitä asukkaat aamulla tulee niin se iltapala koitetaan tehdä sillä lailla että se ketä myöhäisimpään saa niin se saa iltapalankin myöhäisimpään



Ravitsemussuositusten keskeisestä sisällöstä esille nousi myös eri ravintoaineiden saannin suositukset. Osastonhoitaja oli käynyt keuhkokeittiön kanssa läpi ravintoainesuositukset ja ne toteutuivat. Ravintoainepitoisuudet oli laskettu koneellisesti keittiön toimesta. Siitä miten ravintoainesisällöt jakautuvat päivän eri aterioille ei kuitenkaan ollut tarkempaa selvitystä. Kuidun riittävästä saannista heräsi keskustelua, puurot ja leivät mainittiin keskeisimmiksi kuidun lähteiksi. Puurojen ja leipien mainittiin olevan asukkaille mieluisia, mutta salaattien syöminen on tarjonnasta huolimatta osalla asukkaista vähäistä. Puuroa tarjoiltiin päivittäin asukkaille aamupalalla sekä muutaman kerran viikossa päivällisellä. Luumut nousivat yhtenä kuidun lähteenä esille ja todettiin, että niitä ei enää tarjoilla.

Vaikka on salaatti tarjolla niin se siirretään hienosti lautasen syrjään, ei me voida vaikuttaa siihen mitä vanhukset loppujen lopuksi syö

Leipää vanhukset söisi mutta jostain syystä tuntuu että sitäkin pitää rajoittaa ja antaa semmoisia leivänsuikaleita niille, kun johonkinhan se kertyy kun ne liikkuu niin vähän

Suun hoito oli ravitsemussuositusteeman neljäntenä kysymyksenä. Haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että asukkaiden suun hoito toteutui hyvin. Suuhygienisti oli hiljattain käynyt karvoittamassa kaikkien asukkaiden suun hoidon. Proteesit ja omat hampaat pyrittiin pesemään päivittäin kerran, osalla asukkaista kahdesti päivässä. Suun hoitoon oli käytössä lisäksi erilaisia geelejä ja sitruunatikkuja kostutukseen. Haasteeksi suun hoidolle koettiin muistisairaat, jotka eivät välttämättä suostu avaamaan suuta hampaita hoidettaessa.

Kyllä me pyritään vähintään kerran päivässä pesemään hampaat ja toisilla jopa kaksi kertaa mutta kyllä se melkein on se kerran päivässä

Mun mielestä se on hirveen hyvin hoidettu täällä tämä suu että ei vois varmaan paremmin suoriutua

Viidentenä kysymyksenä kysyttiin, kuinka monella asukkaalla on käytössä D-vitamiinilisä. Kaikki haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että suurimalla osalla D-vitamiinilisä on käytössä. D-vitamiinilisä oli haastateltavien mielestä otettu hyvin huomioon.

### 5.2.2 Ruoka-ajat

Toisena haastatteluteemana käsiteltiin ruoka-aikoja. Ensimmäisenä ollutta yksilöllisten ruoka-aikojen toteutumista käsiteltiin jo ravitsemussuositusten sisällöstä keskusteltaessa, joten sitä ei kysytty uudestaan. Toisena kysymyksenä kysyttiin, onko asukkaalla mahdollisuutta saada yöpalaa. Kaikki haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että yöllä tarjotaan syötävää. Esille nousi että yöllä hereillä oleva tai levoton dementiaa sairastava ei välttämättä osaa ilmaista nälkäänsä. Leipä on valmiina, joten yöpalaan tarjoaminen koettiin helpoksi.

Saavat yöpalaan jos on sellainen että sitä osaa pyytää tai itse epäilee että on le-  
voton nälän takia

Mun mielestä kannattaisi aina jos on hereillä niin antaa ja kysyä että haluatko  
se voi olla että ne ei osaa aina dementikot sanoa että on nälkä

Kolmantena kysymyksenä kysyttiin, kuinka pitkä yöpaasto keskimäärin on. Yöpaaston pituutta  
käytiin läpi ravitsemussuositusten sisällöstä, jolloin nousi esille että suositellun yhdentoista  
tunnin yöpaaston toteuttaminen on haastavaa, eikä se kaikilla toteudu.

Neljäntenä kysyttiin, kokeeko henkilökunta että syöttämiseen on riittävästi aikaa. Tällä het-  
kellä henkilökunta koki, että syöttämiseen on riittävästi aikaa, mutta tilanne on ollut huo-  
nompia kun syötettäviä oli paljon. Toisessa solussa syötettäviä kerrottiin olevan enemmän ja  
todettiin että lisähenkilökunta auttaisi syöttämisissä ja paastoajan lyhentämisessä. Toivoko-  
din 24 asukkaasta lähes puolet ovat tällä hetkellä syötettäviä. Opiskelijat koettiin avuksi syöt-  
tämisessä. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että syöttämiseen tarvittava aika on otettava,  
eikä syöttämisessä voi kiirehtiä. Koettiin, että ruokailu on asukkaalle tärkeä hetki.

Otan riittävästi aikaa ja syötän niin pitkään että saa rauhallisesti syötettyä

Henkilöstömitoitus voisi olla parempi koska näiden hoitoisuus on sitä luokkaa  
että hoitajien aikaa menee tosi paljon se auttaisi myös siinä paastoajan lyhen-  
tämisessä kun ei tarvitsisi ehkä niin aikaisin nostaa nukkumaan

### 5.2.3 Ravitsemustilan seuranta

Seuraavana teemana käsiteltiin ravitsemustilan seurantaan. Ensimmäisenä kysymyksenä kysyt-  
tiin, mitä keinoja henkilökunnalla on aliravitsemuksen arviointiin. Haastateltavat olivat yhtä  
mieltä siitä, että ravitsemustilan seuranta on päivittäistä työn lomassa tapahtuvaa seurantaan.  
Aliravitsemuksen arvioinnin keinoiksi mainittiin tarkkailu, ruoan menekin seuranta, MNA-tes-  
tit, painon seuranta, nestelista ja ihon tarkkailu. Raportointi seuraavan vuoron henkilökun-  
nalle koettiin tärkeäksi jos asukkaan ruokahalu tai juominen heikkenee, jotta viesti ravitse-  
mustilan seurannasta siirtyy eteenpäin. Lisäravinteita, kuten proteiinijuomia annetaan asuk-  
kaille tarvittaessa ja laihojen tai huonosti syövien ruokaa rikastetaan tarvittaessa esimerkiksi  
voilla ja kermalla. Kysymyksen kohdalla tuli esille, että asukkaista suuri osa on enemmän yli-  
kuin alipainoisia ja samalla pohdittiin että ylipainoinenkin voi olla aliravittu.

Lähinnä omat silmät ja se ruoan menekin seuranta

Vaikka vanhus on lihava se voi olla silti aliravittu

Tarkentavana kysymyksenä kysyttiin, onko erityisiä merkkejä mistä aliravitsemuksen voi tun-  
nistaa. Haastateltavat olivat samaa mieltä että ravitsemukseen kiinnitetään paljon huomiota

ja työkokemuksen kautta huomaa ravitsemustilan heikkenemisen. Esille nousi, että erilaisia keinoja ravitsemustilan ylläpitämiseksi kokeillaan aktiivisesti kun ongelmia ilmenee mutta kehtään ei pakoteta syömään.

Rupeaa se kunto menemään alaspäin ja se nahka menee että kyllä sen vaan huomaa

On niin pitkään ollut näiden kanssa niin huomaa sen miten se ihminen muuttuu erilaiseksi ei sitä osaa oikein edes selostaa sen vaan jotenkin näkee

Erikseen kysyttiin vielä kuinka usein asukkaiden ravitsemustilaa arvioidaan. Havainnoinnin ja silmämääräisesti tapahtuvan arvioinnin sanottiin olevan päivittäistä. Asukkaiden painoa seurataan kolmen kuukauden välein ja tarvittaessa useammin, uudelta asukkaalta otetaan aina vertailupohjaksi tulopaino. Painoa seurataan tarkemmin myös, jos nousee huoli asukkaan painon noususta tai laskusta tai ilmenee turvotuksia. MNA-testit oli tehty asukkaille kerran, ja testi on tarkoitus ottaa säännölliseen käyttöön ravitsemustilan seurannan osana. Kirjaaminen mainittiin myös tässä kohdassa tärkeäksi ravitsemustilan seurannassa.

Kyllähän se on päivittäin

Lähinnä silmämääräisesti ollaan seurattu

Viimeisenä kysymyksenä ravitsemustilan seurannasta kysyttiin, ovatko haastateltavat huolissaan asukkaiden ravitsemustilasta. Haastateltavat eivät olleet tällä hetkellä erityisen huolissaan asukkaiden ravitsemustilasta. Esille nousi, että kaikki ruoat eivät välttämättä ole kaikille asukkaille mieleisiä, mutta jokainen saa kuitenkin päivittäin jotakin mieleistä ruokaa. Kysymyksen yhteydessä heräsi keskustelua ruoan maustamisesta ja harkittiin mausteiden tilaamista keittiöltä.

Silloin kun on aihetta niin ollaan huolissaan mutta ei meillä tällä hetkellä ole hirveän hankalaa tilannetta

#### 5.2.4 Ruokailuympäristö

Neljäntenä teemana käsiteltiin ruokailuympäristöä ja ensimmäisenä kysyttiin, miten rauhallisena ja esteettisenä henkilökunta kokee ruokailuympäristön. Haastateltavat kokivat ruokailuympäristön tällä hetkellä rauhalliseksi, mutta mainitsivat että joidenkin asukkaiden ääntely tai kommentointi saattaa olla häiritsevää. Ajoittain soivat hälytyskellot koettiin ruokarauhaa häiritseviksi. Suurin osa asukkaista syö samassa tilassa, mutta halutessaan saa ruokailla omassa huoneessaan. Ruokarauhaan panostetaan useimmiten sammuttamalla televisiota ja radiot ruokailun ajaksi. Laitoshuoltajat pyrkivät kattamaan pöydät kauniiksi ja asettelemaan

vuodenaikaan ja teemaan sopivia turvallisia koristeita pöydille. Pöytäliinojen hankinta oli harkinnassa, siihen koettiin liittyvän vielä ratkaistavia ongelmia. Juhlapäivinä pöydille asetellaan pöytäliinat. Ruokailutilannetta pyritään ohjaamaan ja järjestämään yksilöllisesti, kaikkien ei tarvitse syödä täsmällisesti samaan aikaan.

Nyt on aika hyvin mennyt, tietysti osa asukkaista on tällaisia äänekkäitä mitkä saattaa toista ihmistä ärsyttää

Pyritään et meillä olisi kaunista, laitosapulaiset kattaa pöydän nätisti aina

Jossain vaiheessa tuntu että ne hälyttimet soi koko ajan ruokailutilanteessa että kun juokset siinä ne asukkaatkin hermostuu kun hoitajat menee

Toisena kysymyksenä kysyttiin, miten omatoimista ruokailua tuetaan. Yli puolet asukkaista syö tällä hetkellä omatoimisesti. Annokset annetaan asukkaille valmiina ja leivät voidellaan valmiiksi. Omatoimista leipien voitelua oli kokeiltu mutta se lopetettiin. Pienehköt keittiön tilat koettiin haastaviksi. Esille nousi, että omatoimisuutta tulisi tukea, vaikka joissain tilanteissa helpompaa voisi olla tehdä puolesta. Omatoimisuutta voisi haastateltavien mielestä lisätä, mutta toisaalta osalla asukkaista tartuntataudit ja heikko toimintakyky rajoittavat omatoimisuutta.

Ruoka menee valmiina annoksena eteen, leivät on valmiiksi voideltuna, on sitäkin kokeiltu että voitelevat itse

Onhan sitä tietysti helpompaa itse sutaista nopeasti mutta se että ihminen pysyisi itse osallistumaan niihin oman elämänsä osa-alueisiin kun vielä kykenee niin sehän pitäisi olla se meidän ajatus

Osalla on näitä tarttuvia tauteja että meitä vähän tällaisetkin rajoittaa

#### 5.2.5 Kehittämisehdotukset

Viidentenä ja viimeisenä teemana kysyttiin kehittämisehdotuksia ruokailun suhteen. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että paljon asioita on jo tehty ravitsemuksen parantamisen eteen. Yhteistyö keittiön kanssa koettiin myös parantuneen ja toimivan nyt hyvin. Kehitettävänä asioina esille nousivat kuitenkin leivän omatoiminen voitelu, leipomustuokioiden pitäminen asukkaiden kanssa, MNA-testien ottaminen osaksi työtä, mausteiden hankkiminen ja yöpaaston lyhentäminen. Leipomustuokioiden haasteeksi koettiin ajoittainen kiire ja keittiön uuni, joka on kytketty pois toiminnasta. MNA-testejä mietittiin omahoitajan teettämäksi säännöllisesti ja tarvittaessa. Yöpaaston lyhentäminen koettiin edelleen haastavaksi ja todettiin, että asukkaiden kunnon mukaan osalla suositeltu paaston pituus toteutuu ja osalla ei. Ruoan tarjoamista hereillä oleville aiottiin öisin tehostaa ja raportoida yövuoroon tulijalle, jos joku on syönyt päivän aikana huonosti.

Nyt kun miettii niin mehän ollaan aika paljon tehty jo asioiden eteen

Kyllä se MNA sen tekeminen ja jäntevöittäminen osaksi tätä toimintaa

Sitä yhtentoista tunnin sääntöä yritetään miettiä että yritetään aina yöllä tarjota kaikille niille jotka on hereillä niin se leipä ja jotain juotavaa

### 5.3 MNA-testien tulokset

MNA-testit teetettiin Toivokodin kaikille asukkaille henkilökunnan toimesta. Kolmen asukkaan kohdalla käytettiin MNA-testin lyhyttä versiota, koska painoindeksiä ei pystytty laskemaan. Viidellä asukkaalla arviointia ei tarvinnut jatkaa seulontaosion jälkeen, joten ravinnon ja nesteen saannin analysointi tehtiin 19 kokonaan täytetyn lomakkeen pohjalta. Testien pisteet ja tulosten prosenttiosuus laskettiin yhteen laskimella virheiden välttämiseksi.

MNA-testin mukaan viidellä asukkaalla (21 %) riski virheravitsemukselle ei ollut kasvanut. Riski virheravitsemukselle oli kasvanut 14 asukkaalla (58 %). Virhe- tai aliravitsemuksesta kärsi viisi asukkaista (21 %). Tulokset olivat parempia kuin Helsingin vanhainkodeissa ja palvelutaloissa vuonna 2011 (Muurinen ym. 2012) ja Riistavuoren vanhustenkeskuksessa vuonna 2008 tehdyissä tutkimuksissa (Meinilä, Suominen & Soini 2010), mutta huonompia kuin Helsingissä 2007 (Jekkonen ym.) tehdyssä tutkimuksessa.

Kaikki ali- tai virheravitsemuksesta kärsivät sairastivat dementiaa ja tarvitsivat paljon apua ruokailussa tai olivat syötettäviä. Päivittäinen nesteen juonti oli kaikilla 3-5 lasillista vuorokaudessa, joka on alle suositellun 5-8 lasillista vuorokaudessa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b). Kaikki aliravitut nauttivat päivittäin vähintään yhden annoksen maitotuotteita, sekä lihaa, kalaa tai kanaa päivittäin. Lämpimiä aterioita kaikki nauttivat kolmesti vuorokaudessa. Painehaavaumia oli yhdellä viidestä aliravitusta. Kaikki aliravitsemuksesta kärsivät olivat pyörätuoli- tai vuodepotilaita. Painonpudotusta viimeisen kolmen kuukauden aikana oli yhdellä viidestä, muilla paino oli pysynyt ennallaan. Ravinnonsaanti oli vähentynyt hieman kahdella viidestä, muilla ravinnonsaanti oli pysynyt ennallaan.

Asukkaista joiden virheravitsemuksen riski oli kasvanut, puolet joi suositellun määrän nesteitä vuorokaudessa. Kuusi söi itse ongelmitta, viisi söi itse hieman avustettuna ja kolme tarvitsi paljon apua tai oli syötettäviä. Painehaavaumia oli yhdellä asukkaalla neljästätoista ja dementiaa tai lievää dementiaa sairasti kymmenen. Kaikki nauttivat päivittäin vähintään yhden annoksen maitotuotteita, sekä lihaa, kanaa tai kalaa päivittäin. Yksi neljästätoista nautti kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa. Viimeisen kolmen kuukauden aikana ravinnonsaanti oli vähentynyt kolmella. Painonpudotusta oli yhdellä neljästätoista ja kahden kohdalla ei tiedetty onko paino laskenut.

## 5.4 Tulosten pohdinta

Ravitsemussuositusten keskeinen sisältö näytti teemahaastattelun pohjalta toteutuvan monin osin, mutta myös puutteita ilmeni. Asukkaiden ravinnonsaantiin selkeästi kiinnitettiin huomiota ja ravintoainepitoisuudet oli käyty keittiöhenkilökunnan kanssa läpi.

Ravitsemussuosituksissa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b) suositellaan että omatoimista ruokailua tulisi tukea myös ympärivuorokautisessa hoidossa olevien kohdalla. Haastattelussa ilmeni, että puolet asukkaista syö itse ja puolet ovat syötettäviä tai tarvitsevat paljon apua. Koettiin, että omatoimisuutta voisi lisätä, mutta asukkailla olevat tartuntataudit ja heikko toimintakyky koettiin haasteiksi omatoimisuuden tukemiselle. Koettiin myös että ohjaamiseen kuluu paljon hoitohenkilökunnan resursseja. Omatoimisuutta tulisi kuitenkin tukea niin kauan kuin mahdollista ja asukasta tulisi rohkaista esimerkiksi syömään käsin syömisen sotkuisuudesta välittämättä. Lämpölautanen auttaa pitämään ruoan lämpimänä kun syöminen on hidasta. Dementoitunutta voidaan avustaa sanallisesti syömisessä ja avustaa ruokailun alkuun asettamalla ruokailuvälineet asukkaan käteen. Ruokailuun on lisäksi olemassa lukuisia apuvälineitä, joita voi tilata internetin välityksellä maahantuojaalta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 186.) Haastattelussa esille nousutta voileipien omatoimista voitelua voisi kokeilla ja lisäksi hankkia keittiöltä maustepurkit joilla asukkaat voisivat omatoimisesti maustaa ruokaa mieleisekseen.

Ruoka-ajoissa pyrittiin joustavuuteen mahdollisuuksien mukaan, ja yksilöllisyys otettiin ruoan jaossa huomioon. Haasteeksi koettiin keskuskeittiöltä valmiina tulevat ateriat ja ruokailuastoiden saaminen ajoissa keittiöön. Yhteistyön ja joustavuuden keittiön kanssa koettiin parantuneen. Suositeltu 11 tunnin yöpaasto koettiin haastavaksi toteuttaa, koska asukkaat pitää saada ajoissa nukkumaan. Lisäksi osa kieltäytyy syömästä illalla tai haluaa ajoissa nukkumaan, jolloin suositeltu paasto ei toteudu. Tulos yöpaaston osalta ei ole poikkeuksellinen, sillä Valviran vuonna 2010-2011 vuodeosastoilla tehdyssä tutkimuksessa ilmeni että 86 %:ssa osastoja yöpaasto oli 11 tuntia tai enemmän. Valvira kehotti vuodeosastoja ottamaan toiminnassaan huomioon ravitsemusneuvottelukunnan suositukset, etenkin illan viimeisen iltapalan ja aamun ensimmäisen aamupalan ajallisen välin. (Valvira 2011.)

MNA-testien tuloksista voidaan päätellä, että virhe- tai aliravitsemukseen ovat yhteydessä lisääntynyt avuntarve sekä muistisairaudet. Dementia on liitetty aliravitsemukseen myös tutkimuksissa (Suominen 2007; Soini ym. 2004).

Suuri osa asukkaista (58 %) oli virheravitsemuksen riskissä ja liki neljännes (21 %) kärsi aliravitsemuksesta, joten tehostetun ruokavalion tarve tulisi arvioida heille yksilöllisesti. Tehoste-

tussa ruokavaliossa tavallista pienemmät annokset sisältävät enemmän proteiinia ja yhtä paljon energiaa kuin tavalliset annokset. Ruoan määrää saadaan lisättyä tarjoamalla useita pieniä aterioita päivittäin, esimerkiksi kolme välipalaa ja kolme pääateria sekä tarvittaessa myöhäisiltapala. Ruoan energiatihelyttä voidaan lisätä helposti valitsemalla rasvaisempia maitotuotteita, lisäämällä öljyä keittoihin, puuroihin ja sosemaisiiin ruokiin ja välttämällä kevyt- tuotteita. Houkuttelevammaksi ruoka saadaan pienentämällä annoskokoa sekä käyttämällä valmistukseen enemmän rasvaa ja suolaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b.) Täydennysravintovalmisteet ovat yksi keino lisätä päivittäistä ravinnon saantia. Valmisteita voidaan käyttää henkilöillä, joilla on liian alhainen tai nopeasti laskenut paino. Täydennysravintovalmisteet sisältävät paljon proteiinia ja ne auttavat vähentämään infektioita ja painehaavojen muodostumista. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b.) Tutkimuksessa on todettu, että täydennysravintovalmisteiden nauttimisessa tarvitaan usein apua ja suunnittelua anto- ajankohdassa. Täydennysravintovalmisteiden anto lääkekierron yhteydessä vähensi valmistei- den hävikkiä ja nosti painoa 72 %:lla osallistuneista. (The Joanna Briggs Institute 2010b.)

Nesteensaantia tulisi tehostaa, sillä MNA-testien mukaan aliravituilla saanti oli alle suositellun ja virheravitsemuksen riskissä olevista puolet nautti suositellun määrän nesteitä päivittäin. Juomana voidaan käyttää esimerkiksi vettä, maitoa tai hapanmaitotuotteita sekä kohtuudella mehujuomia, täysmehuja, keittoja, jogurttijuomia, kaakaota, pirtelöitä ja virvoitusjuomia. Vähän syövän energiansaantia voidaan lisätä energiaa sisältävillä juomilla. Nesteen riittävä saanti on edellytys aineenvaihdunnalle ja fysiologisille toiminnoille. Elimistö tarvitsee lisäksi vettä ravintoaineiden imeytymiseen ja kuljettamiseen sekä ruoansulatukseen. Ikääntyneellä nestevajaus voi syntyä nopeasti ja hoitamattomana johtaa muun muassa kaatumisiin ja veren- paineen laskuun. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b.)

Ravitsemussuosituksen (2010b) keskeisimpiin painopisteisiin kuuluu riittävän proteiinin, ener- gian, ravintoaineiden, nesteen ja kuidun saanti. Suositeltu määrä proteiinia on 1-1,2 grammaa painokiloa kohti vuorokaudessa, akuutisti sairastuneilla enemmän (Wolfe, Miller & Miller 2008.) MNA-testien mukaan kaikki nauttivat suositellusti päivittäin vähintään yhden maito- tuotteen. Kanaa, kalaa ja lihaa syötiin myös päivittäin. Sen sijaan paljon proteiinia sisältävää kananmunaa oli ruokavaliossa kaksi annosta tai enemmän viikossa vain yhdellä. Kananmunan proteiini on maito- ja soijatuotteiden tapaan helposti imeytyvää (Valio 2012.) Muita hyviä proteiinin lähteitä ovat esimerkiksi raejuusto, kala, maitorahka, liha, maito ja leipä (4-5 vii- paletta) (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2013.) Riittävä energiansaanti on oleellista protei- iinin hyödyntämisen kannalta, sillä ilman riittävää energiaa elimistö käyttää proteiinia energi- antarpeen tyydyttämiseen eikä kudoksille (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b.) Vuoro- kaudessa energiaa pitäisi saada vähintään 1 500 kilokaloria, joka toteutuu kolmella aterialla ja kahdella tai kolmella välipalalla (Hakala 2012.)

Painoa seurattiin haastattelun mukaan kolmen kuukauden välein ja tarvittaessa useammin. Ravitsemussuosituksissa suositellaan säännöllistä, kerran kuussa tapahtuvaa painon seuranta. Punnitus on yksinkertainen keino seurata ravitsemustilaa ja yksittäisen painon sijaan painonmuutokset kertovat enemmän ravitsemustilasta. Lisäksi ravitsemustilaa, ruokavalion laatua ja syödyn ruoan määrää tulee arvioida. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b.) MNA-testi oli teetetty asukkaille kerran ja se oli tavoitteena ottaa säännölliseksi osaksi työtä.

## 6 Uusi toimintatapa

Tutkittuun tietoon perustuvien uusien toimintatapojen etsiminen edellyttää systemaattista tiedonhakua. Uuden toimintavan rakentuminen voi syntyä työyhteisön jäsenten oivalluksesta suhteessa tutkittuun ja teoreettiseen tietoon. Uuden toimintatavan kokeilu kumpuaa työyhteisön tarpeista käsin, yhdessä ryhmän kanssa pohtien ja sitoutuminen tapahtuu työyhteisön vuorovaikutuksessa (Ahonen ym. 2012). Työyhteisössä muutos on jäsenten ja yksilöiden yhteinen uuden omaksumisen ja luopumisen prosessi, jossa yhteisön jäsenet voivat kulkea erilaisissa vaiheissa, esimerkiksi hyväksymis- tai vastustamisvaiheessa. (Huuhtanen 2002.) Muutokseen motivoituminen voi olla erilaista yksilöiden kesken (Kotter & Cohen 2002). Muutoksessa on tärkeää tuoda esille hyödyt miten uusi toimintatapa edistää työyhteisön toimintaa. Prosessia on tärkeä arvioida vaikka uusi toimintatapa ei juurtuisi, sillä kuitenkin voidaan löytää uusia tapoja toteuttaa haluttuja muutoksia. (Ahonen ym. 2012.)

### 6.1 Uuden toimintatavan rakentaminen

Kehitettäväksi kohteiksi valittiin ruokailutilanteiden parantaminen ja yksilöllisen ruokarytmin edistäminen. Yhtenä kehittämiskohteen ehdotuksena ollut suun hoidon kehittämistä ei valittu koska se koettiin haastattelussa toteutuvan hyvin. Opinnäytetyö olisi lisäksi kasvanut liian laajaksi jos mukana olisi otettu suun hoidon erityispiirteitä dementiaa sairastavilla. Koska MNA-testeistä ja haastattelussa kävi ilmi että muistihäiriötä sairastavat ovat erityisessä riskiryhmässä virheravitsemukselle, keskityttiin kehittämistyön teoria kohdentamaan muistihäiriöisten ravitsemukseen. Ruokahalun parantamisesta ja ruokailutilanteiden edistämisestä etsittiin tutkittua tietoa, joka esiteltiin juurruttamisen ryhmälle huhtikuussa.

Ruokailutilanteen viihtyisyyttä voidaan parantaa monilla pienillä asioilla. Henkilökunta voi parantaa ruokailun miellyttävyyttä ja ruokahalua esimerkiksi rauhoittamalla ruokailutilan, antamalla potilaalle valinnan mahdollisuuksia oman ruokailun suhteen, tuulettamalla ruokailutilan, avustamalla asukasta tarvittaessa ja varaamalla ruokailuun riittävästi aikaa. Hoitotoimenpiteitä ja wc-käyntejä vältetään ruokailun yhteydessä. Asukkaalle kerrotaan mitä ruokaa on tarjolla, toivotetaan hyvää ruokahalua ja tarjotaan mausteita. Ruokailun yhteydessä on hyvä kysyä asukkaalta ruoan maistumisesta. Ruoka annostellaan lautaselle kauniisti ja mahdolliset



kannet poistetaan astioista ennen asukkaalle tarjoamista. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 150-160.)

Tutkimuksessa (Nijs ym. 2006) on todettu sosiaalisen ja kodinomaisen ruokailutilanteen, kaulan kattauksen ja valinnanmahdollisuuksien vaikuttavan asukkaiden elämänlaatuun, ravitsemustilaan ja ravinnonsaantiin myönteisesti. Asukkaat saattavat kieltäytyä syömästä ruokaa, jos he eivät pidä siitä tai ruoka poikkeaa totutusta. Esimerkkinä asiakaslähtöisestä ruokailusta voidaan esittää Roihuvuoren vanhustenkeskus, jossa alettiin kiinnittää huomiota ruokailun asiakaslähtöisyyteen. Hoitajalähtöisessä mallissa hoitajat annostelivat ruoat ja voiteltivat leivät valmiiksi, mutta uudessa mallissa asiakkaat osallistuvat itse ruoan annosteluun. Tavoitteena oli aktivoida asukkaita, edistää toimintakykyä ja sosiaalisia kontakteja. Roihuvuoressa asukkaat valitsevat itse istuinpaikkansa ja ruokailu aloitetaan ruokalaululla. Hoitajat ruokailevat yhdessä asukkaiden kanssa ja ruokaa valmistetaan yhdessä asukkaiden kanssa kerran viikossa. Uusi ruokailumalli on saanut paljon kiitosta. (Ruokatieto 2012c.) Toivokodissa voisi kokeilla asukkaiden osallistamista esimerkiksi voileipien voiteluun ja yhteiseen aterian aloitukseen.

Tutkimuksessa (The Joanna Briggs Institute 2011) on havaittu että dementiaa sairastavien ruokahalua ja ravinnonsaantia voidaan parantaa pienillä asioilla. Tutkimuksen aikana kohennettiin ruokailutilan viihtyisyyttä akvaariolla ja kuvilla, käytettiin vapaaehtoistyöntekijöitä apuna ruokailussa, porrastettiin ruokailuajankohtia, käytettiin kontrastin saamiseksi värikkäitä astioita valkoisten sijaan ja soitettiin rauhallista taustamusiikkia. Ilmeni että värikkäitä astioita käytettäessä nesteen ja ravinnon saanti parani merkittävästi. Akvaariokokeilun aikana asukkaiden paino nousi 21,1 prosenttia. Ryhmä joka sai vapaaehtoisapua ruokailussa, söi huomattavasti enemmän ja heidän painoindeksinsä nousi. Taustamusiikin havaittiin lisäävän energiaansaantia 129 kilokalorilla vuorokaudessa, vaikka aamiaisen nauttiminen oli testijakson aikana heikompaa. Rauhallista taustamusiikkia voisi kokeilla myös Toivokodissa ja panostaa ruokailutilan sisutukseen. Ikääntyneiden ruokailun kehittäminen oli mukana myös World Design Capital Helsinki 2012 -hankkeessa, jossa tavoitteena oli muuttaa hoivalaitosten toimintaa asiakaslähtöisemmäksi sekä tarjota asiakkaille sosiaalista kanssakäymistä, valinnanmahdollisuuksia ja paremmin maistuvaa ruokaa. Hankkeen myötä kiinnitettiin huomiota vanhainkotien ja palvelutalojen ruokalistoihin, ruokailutilojen viihtyvyyteen, iltapaloihin ja arjen designiin. Hankkeen myötä palvelutalojen ruokailutilojen viihtyvyyttä parannettiin muun muassa päiväkotilasten askarteluilla ja yhteisöllisyyttä on lisätty järjestämällä ruokajuhlia asukkaille. Syntymäpäivinä asukkaat saavat tilata mieliruokaansa. (Ruokatieto 2012a; Ruokatieto 2012b.)

## 6.2 Uuden toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet

Huhtikuun tapaamisessa päätettiin uusien toimintatapojen käyttöön otosta. Tapaamiseen osallistunut juurruttamisen työryhmä vei tietoa eteenpäin muulle työyhteisölle, jotta koko yhteisö toimisi jatkossa samalla tavalla. Syksyllä arvioidaan osastotunnin yhteydessä uusien toimintatapojen toteutumista ja vaikutuksia.

Huhtikuun tapaamisessa päätettiin juurruttamisen ryhmässä käyttöön otettavista uusista toimintatavoista. Ryhmälle esiteltiin tutkittuun tietoon pohjautuen keinoja joilla ruokailutilannetta voidaan parantaa ja ravinnonsaantia edistää. Edellä mainittuja keinoja on tuotu esille kappaleissa 5.5 ja 5.6. Monet esitellyistä keinoista, kuten maustepurkit, useasti tarjotut pienet ateriat, servietit ja värikkäät astiat olivat jo käytössä.

Ruokailutilanteen viihtyisyyttä aiotaan jatkossa parantaa rauhallisella taustamusiikilla. Ennestään jo ruokailutilanne oli pyritty rauhoittamaan sulkemalla ylimääräiset häiriötekijät, kuten televisio.

Päiväkahvin ajankohtaa yritetään muuttaa jotta siitä saataisi yksi välipala asukkaille lisää. Yöpalaa tarjotaan asukkaille jatkossa entistä aktiivisemmin yöpaaston lyhentämiseksi. Asukkaiden päivittäistä nesteen saantia päätettiin tehostaa. Nykytilan selvityksessä ilmeni että puolet asukkaista joi alle suositellun määrän nesteitä vuorokaudessa. Riittävä nesteen saanti koettiin tärkeäksi etenkin kesän aikana. MNA-testeistä ilmennyt niukka kananmunien nauttiminen herätti keskustelua. Proteiinin saantia aiotaan jatkossa tehostaa tilaamalta keittiöltä enemmän proteiinipitoisia ruokia, kuten munaruokia ja rahkaa.

Haastattelussa ilmeni, että punnitus suoritettiin aiemmin kolmen kuukauden välein ja uuden asukkaan tullessa. Säännöllistä punnitusta haittasi oman vaa'an puuttuminen, mutta nyt käyttöön on tulossa Toivokodin oma vaaka. Punnituksia aiotaan tehdä jatkossa suositellusti kerran kuukaudessa. Punnitus on yksinkertainen keino saada tietoa asukkaiden ravitsemustilan muutoksista.

## 7 Kehittämistoiminnan arviointi

Tutkimustyöhön liittyy oleellisesti tutkimustiedon kriittinen arviointi. Tutkimuksen tietoa arvioidaan sisältöön perustuen, eli siihen tuoko tutkimus uutta tietoa tutkimusilmiöstä tai vastaako se olemassa olevaa tietoperustaa. Tutkimuksen arviointiin vaikuttaa lisäksi tutkimuksen tarkoitus, eli kenelle tai mihin tarkoitukseen tutkimus on tehty ja minkä tasoisesta tutkimuksesta on kyse. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 205.) Arviointia suunniteltaessa

valitaan näkökulma josta arviointia toteutetaan. Esimerkiksi työntekijän hyvinvoinnin ja oppimisen, asiakkaan hyödyn, yhteiskunnan hyvinvoinnin, alueen menestymisen ja omistajien hyödyn näkökulmista voidaan tarkastella työelämää kehittävän toiminnan vaikutuksia. (Ahonen & Ora-Hyytiäinen 2009, 58-70.)

Työyhteisön kehittämistoiminnan arvioinnissa on kyse itsearvioinnista. Työyhteisöllä on velvollisuus osoittaa kehittämistoiminnasta syntynyt vaikutus, hyöty ja tulokset. Toimintaympäristö ja toimintaprosessi tulee kuvata, jotta arvioinnista voidaan tuottaa oppimista. (Ahonen ym. 2012.)

Työyhteisö täytti kehittämistoiminnan arviointilomakkeen (liite 4) huhtikuussa. Arviointilomakkeen tarkoituksena oli selvittää, miten työyhteisö koki kehittämistyön tavoitteiden ja tarkoituksen toteutuneen ja oliko työstä hyötyä ravitsemushoidon kehittämisessä. Työyhteisö arvioi kehittämistoiminnan onnistumista uudestaan elokuussa osastotunnin yhteydessä. Opinnäytetyön tekijä tekee arviointilomakkeen, mutta ei osallistu tulosten analysointiin elokuun arvioinnin osalta.

#### 7.1 Muutosprosessin ja lopputuotoksen arviointi

Henkilökunta arvioi kehittämistoiminnan hyödyllisyyttä sekä tavoitteiden ja tarkoituksen toteutumista lomakkeella (liite 4). Mahdollisimman suuren vastausprosentin saamiseksi lomake pyrittiin pitämään selkeänä ja yksinkertaisena. Työyhteisö arvioi syyskuussa kehittämistoiminnan vaikutuksia osastotunnin yhteydessä. Opinnäytetyön osalta kehittämistoiminta päättyi toukokuussa 2014.

#### 7.2 Arviointituloksien raportointi

Henkilökunta sai täytettäväksi arviointilomakkeet (liite 4), joiden tarkoituksena oli kartoittaa kehittämistoiminnan hyötyä sekä työn tavoitteen ja tarkoituksen toteutumista. Arviointilomakkeet oli tarkoitus kerätä koko henkilökunnalta, mutta lomakkeita palautettiin viisi kappaletta. Lyhyeksi jäänyt vastausaika saattoi vaikuttaa niukkaan vastausmäärään. Uusien toimintatapojen juurtuminen työyhteisöön vie aikaa, joten tuloksia ei voida pitää täysin luotettavina.

Ensimmäisenä kysymyksenä kysyttiin, saivatko kehittämistoiminnan myötä tietoa ikääntyneiden ravitsemussuosituksista. Kaikki viisi vastaajaa kokivat saaneensa tietoa ikääntyneiden ravitsemussuosituksista kehittämistoiminnan myötä.

Toisena kysymyksenä kysyttiin, muuttiko kehittämistoiminta ravitsemushoitoon liittyvää toimintaa. Yksi viidestä vastaajasta koki, että kehittämistoiminta muutti hänen ravitsemushoitoon liittyvää toimintaansa. Yksi vastaajista ei osannut sanoa, muuttiko kehittämistoiminta ravitsemushoitoon liittyvää toimintaa. Kolme vastaajaa koki, että kehittämistoiminta ei muuttanut ravitsemushoitoon liittyvää toimintaa.

Kolmantena kysyttiin, koetko että kehittämistoiminta on edistänyt ravitsemukseen liittyvää hoitotyötä. Kolme viidestä vastaajasta koki, että kehittämistoiminta on edistänyt ravitsemukseen liittyvää toimintaa. Kaksi vastaajista koki, että edistystä ei kehittämistoiminnan myötä syntynyt.

Arviointilomakkeessa oli kohta, johon sai vapaasti kirjoittaa mitä halusi sanoa kehittämistoiminnasta. Kaksi viidestä vastasi tähän kohtaan. Molemmissa ilmeni, että ruoka on mitä keskeisimmästä tulee eikä siihen voi vaikuttaa. Esiin nostettiin myös resurssipula - syötettäviä on paljon ja hoitajia vähän. Yöpaasto mainittiin jäävän liian pitkäksi työvuorojen takia. Korostettiin myös, että ruokaa saa pyytäessä, myös yöllä.

Arviointilomakkeiden tuloksista voidaan tulkita, että opinnäytetyön tavoite ikääntyneiden ravitsemussuosittelun tietoon tuomisesta toteutui. Ravitsemushoidon toteuttamisessa ei tapahtunut muutosta kuin yhden vastaajan kohdalla, mikä herättää kysymyksiä. Suurin osa vastaajista koki että kehittämistoiminta edisti ravitsemukseen liittyvää toimintaa.

### 7.3 Eettiset kysymykset ja luotettavuus

Haastattelussa laatua voidaan tavoitella hyvällä haastattelurungolla ja lopullinen aineistoin luotettavuus riippuu sen laadusta. Haastatteluaineisto ei ole luotettavaa jos tallenteiden kuuluvuus on heikko, kaikkia haastateltavia ei haastateltu tai litteroinnin luokittelu on sattumanvaraista tai siinä pätevät eri säännöt alussa ja lopussa. Haastattelun laatua parantaa mahdollisimman nopea litterointi haastattelun jälkeen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 184-185.) Haastattelun suorilla lainauksilla pyritään varmistamaan tutkimuksen luotettavuus. Tutkijan on kuitenkin varmistettava ettei tutkimukseen osallistuja ole tunnistettavissa lainauksesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Tässä työssä haastatteluaineiston kuuluvuus oli hyvä ja kaikki haastateltavat osallistuivat haastatteluun. Aineisto litteroitiin nopeasti haastattelun jälkeen noudattamalla yhtenäisiä sääntöjä koko prosessin ajan. Suoria lainauksia käytettiin luotettavuuden lisäämiseksi ja ne muokattiin tunnistamattomiksi.

Mahdollisuus plagiointiin eli luvattomaan lainaukseen, on kasvanut tietotekniikan kehittymisen myötä. Tutkijan on selkeästi viitemerkinnöin osoitettava mikä osa tekstistä on itse tuotet-

tua ja mikä toisen tuotosta. Plagiointi on osoitus tutkijan heikosta osaamisesta ja tutkimuseettinen väärinkäyttö. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 173-176.) Tässä työssä ei ole käytetty luvattomia lainauksia, lähteet on merkitty selkeästi ja suorat lainaukset on laitettu ohjeiden mukaisesti sitaatteihin.

Opinnäytetyössä on luotettavuuden lisäämiseksi käytetty monipuolisesti sekä kirjallisia että sähköisiä lähteitä mahdollisimman tuoreesta aineistoista. Lähteiden valinnassa on käytetty kriittisyyttä aineiston luotettavuuden takaamiseksi. Työn luotettavuutta heikentää opinnäytetyön tekijän kokemattomuus tutkimusmenetelmien käytössä. Opinnäytetyön tekijänä vastaan tietojen oikeellisuudesta sekä lähteiden luotettavuudesta.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut ihmistieteisiin luettavaa tutkimusta koskevat eettiset periaatteet. Nämä eettiset periaatteet jaetaan tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen, yksityisyyteen ja tietosuojan sekä vahingoittamisen välttämiseen. Periaatteiden mukaan tutkimukseen osallistumisen tulee perustua vapaaehtoisuuteen ja riittävään tietoon. Henkisten haittojen välttämiseksi tutkittavista kirjoitetaan kunnioittavasti ja heitä kohdellaan arvostavasti. Asenteellisella, arvostelevalle tai epäkunnioittavalla tutkimusjulkaisulla voi olla vahingollisia seurauksia tutkimuskohteelle. Luottamuksellisen tutkimusaineiston säilyttämisessä ja käsittelyssä tulee olla erityisen huolellinen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tämän opinnäytetyön tekeminen ei vaarantanut tai muuttanut Toivokodin asukkaiden hoitoa tai yksityisyyttä. Tutkimukseen osallistuminen perustui hoitohenkilökunnan ja asukkaiden vapaaehtoisuuteen. Tutkimusaineisto säilytettiin ja hävitettiin asianmukaisesti, eikä se joutunut ulkopuolisten käsiin.

## Lähteet

- Ahonen, O. & Ora-Hyytiäinen, E. 2009. Tutkimus- ja kehittämistoiminnan (LbD) vaikuttavuuden arvioinnin haasteet ammattikorkeakoulussa. Learning by Developing: toimintamalli ja arvioinnin haasteet. Laurea-ammattikorkeakoulun julkaisuja B:32. Vantaa: Laurea.
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Partamies, S. 2012. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla - tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun yhteistyönä. Viitattu 27.11.2013. [http://www.laurea.fi/fi/tutkimus\\_ja\\_kehitys/julkaisut/opetustyo\\_koulutus/Documents/Hoitotyön%20kehittäminen%20juurruttamalla\\_OraHyytiäinen%20et%20al.pdf](http://www.laurea.fi/fi/tutkimus_ja_kehitys/julkaisut/opetustyo_koulutus/Documents/Hoitotyön%20kehittäminen%20juurruttamalla_OraHyytiäinen%20et%20al.pdf)
- Alhava, E. & Riikola, T. 2008. Osteoporoosi. Viitattu 27.11.2013. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/khp00023>
- Arnaud-Battandier, F., Guigoz, Y., Lauque, S., Mansourian, R., Nourhashemi, F. & Vellas, B. 2000. Protein-energy oral supplementation in malnourished nursing-home residents. A controlled trial. Viitattu 22.3.2014. <http://ageing.oxfordjournals.org/content/29/1/51.full.pdf+html>
- Anthony, P.S., Bauer, J.M., Cederholm, T., Cornel, C.S., Charlton, K.E., Guigoz, Y., Kaiser, M.J., Maggio, M., Räscher, C., Thomas, D.R., Tsai, A.C., Vellas, B. & Wolfgang, U. 2010. Frequency of Malnutrition in Older Adults: A Multinational Perspective Using the Mini Nutritional Assessment. JAGS September 2010-VOL. 58, 59-65.
- Bischoff-Ferrari, H.A., Dawson-Hughes, B., Egli, A., Henschkowski, J., Orav, J.E., Staehelin, H.B., Stuck, A.E., Theiler, R. & Wong, J.B. 2009. Fall prevention with supplemental and active forms of vitamin D: a meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. Viitattu 29.11.2013. <http://www.bmj.com/content/339/bmj.b3692.pdf%2Bhtml>
- Finlex. 1982. Sosiaalihuoltolaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>
- Haglund, B., Hakala-Lahtinen, P., Huupponen T. & Ventola, A-L. 2001. Ihmisen ravitsemus. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Hakala, P. 2012. Ikääntyneiden ravitsemus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 15.10.2013. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01086](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086)
- Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatria: arvioinnista kuntoutukseen. Edita Publishing Oy.
- Hartikainen, M., Jäntti, P., Lampi, K., Luukkala, T., Nuotio, M. & Tuominen, P. 2009. Muistihäiriöpotilaan ravitsemustilaa on syytä seurata. Suomen Lääkärilehti 34/2009. Viitattu 27.11.2013. <http://www.fimnet.fi/nelli.laurea.fi/cl/laakarilehti/pdf/2009/SLL342009-2671.pdf>
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.
- Hiltunen, P. 2009. Vanhusten aliravitsemus ja syömishäiriöt. Suomen Lääkärilehti 42/2009. Viitattu 27.11.2013. <http://www.fimnet.fi/nelli.laurea.fi/cl/laakarilehti/pdf/2009/SLL422009-3551.pdf>
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu - teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huuhtanen, P. 2002. Työyhteisön muutos. Teoksessa Lindström, K. & Leppänen, A. (toim.). Työyhteisön terveys & hyvinvointi. Helsinki: Työterveyslaitos.

Jekkonen, T., Muurinen, S., Soini, H., Suominen, M., Suur-Uski, I. & Pitkälä, K. 2008. Helsinki-läisten iäkkäiden palveluasumisen asukkaiden ravitsemustila 2007. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia. [http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/49bece004a1563d9974df7b546fc4d01/2\\_ravitsemustila\\_0804.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=49bece004a1563d9974df7b546fc4d01](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/49bece004a1563d9974df7b546fc4d01/2_ravitsemustila_0804.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=49bece004a1563d9974df7b546fc4d01)

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kotter, J.P. & Cohen, D. 2002. The Heart of Change. Real-Life Stories of How People Change Their Organizations. USA: Harvard Business School Press.

Meinilä, J., Suominen, M. & Soini, H. 2010. Ravitsemusselvitys Riistavuoren vanhustenkeskuksessa 2008. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia. Viitattu 20.1.2014. [http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/55aa90004a1563d99755f7b546fc4d01/2\\_riista-vuori.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=55aa90004a1563d99755f7b546fc4d01](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/55aa90004a1563d99755f7b546fc4d01/2_riista-vuori.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=55aa90004a1563d99755f7b546fc4d01)

Miettinen, M., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Kinnunen, L., Korpi-Hyövälti, E., Niskanen, L., Oksa, H., Pelttonen, M., Saaristo, T., Sundvall, J., Tuomilehto, J., Vanhala, M. & Uusitupa, M. 2012. D-vitamiinin puutos on yleistä suomalaisessa aikuisväestössä - D2D-väestötutkimus 2007. Suomen Lääkärilehti 4/2013. Viitattu 20.1.2014. [http://www.laakarilehti.fi/files/lehdisto/SLL42013\\_miettinen\\_191212.pdf](http://www.laakarilehti.fi/files/lehdisto/SLL42013_miettinen_191212.pdf)

MNA Forms. 2014. Nestle nutrition institute. Viitattu 20.1.2014. [http://www.mna-elderly.com/mna\\_forms.html](http://www.mna-elderly.com/mna_forms.html)

Mustajoki, P. 2013. Ummetus. Viitattu 13.3.2014. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00092#s3](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00092#s3)

Muurinen, S., Soini, S., Halttunen, M., Savikko, N., Suominen, M. & Pitkälä, K. 2012. Asukkaiden ravitsemustila helsinkiläisissä palvelutaloissa ja vanhainkodeissa 2011. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia. Viitattu 22.1.2014. [http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/5b07da804a1563d9975bf7b546fc4d01/ravitsemusraportti\\_Soini\\_27112012.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=5b07da804a1563d9975bf7b546fc4d01](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/5b07da804a1563d9975bf7b546fc4d01/ravitsemusraportti_Soini_27112012.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=5b07da804a1563d9975bf7b546fc4d01)

Muurinen, S., Pitkälä, K., Soini, H., Strandberg, T. & Suominen, M. 2005. Vanhuksen aliravitseminen ja sen hoito. Suomen Lääkärilehti 51-52/2005. Viitattu 22.1.2014. <http://www.fimnet.fi/nelli.laurea.fi/cl/laakarilehti/pdf/2005/SLL512005-5265.pdf>

Nijs KA, de Graaf C, Kok FJ, van Staveren WA. Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial. BMJ 2006;332, 1180-1184.

Paakkari, I. 2013. D-vitamiini. Viitattu 27.11.2013. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01044](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01044)

Perusturvakuntayhtymä Karviainen. Viitattu 14.4.2014. <http://www.karviainen.fi/>

Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2006. Ikääntyneen ravitsemus ja erityisruokavaliot. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Rintala, R. 2000. Laitoksissa asuvien vanhusten aliravitseminen. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 22.1.2014. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8374/rrintala.pdf?sequ>

Ruokatieto. 2012a. Ruokakulttuurista lupa tehdä toisin vanhusten ruokailussa. Viitattu 14.4.2014. <http://www.ruokatieto.fi/uutiset/ruokakulttuurista-lupa-tehda-toisin-vanhusten-ruokailussa>

Ruokatieto. 2012b. Vanhusten ruokailun kehittäminenkin on designia. Viitattu 14.4.2014. <http://www.ruokatieto.fi/uutiset/vanhusten-ruokailun-kehittaminenkin-designia>

Ruokatieto. 2012c. Ikäihmisten ruokalaulu on osa asiakaslähtöistä hoitoa. Viitattu 16.4.2014. <http://www.ruokatieto.fi/uutiset/ikaahmisten-ruokalaulu-osa-asiakaslahtoista-hoitoa>

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu -tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Teemoittelu. Viitattu 30.1.2014. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_4.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html)

Soini, H. 2004. Nutrition in patients receiving home care. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Strandberg, T. 2013. Ikääntyneiden suun terveys ja ravinto. Luentolyhennelmä ravitsemuspäivillä 17.10.2000. Viitattu 22.1.2014. <http://www.gernet.fi/artikkelit/1296/ikaantyneiden-suun-terveys-ja-ravinto>

Suomen muistiasiantuntijat ry. 2013. Ravitsemuksen arviointi. Viitattu 26.11.2013. [http://www.ravitsemuskotona.fi/ravitsemuksen\\_arviointi/](http://www.ravitsemuskotona.fi/ravitsemuksen_arviointi/)

Suominen, M. 2007. Nutrition and nutritional care of elderly people in Finnish nursing homes and hospitals. Viitattu 22.1.2014. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/20785/nutritio.pdf?sequence=1>

Suominen, MH., Sandelin, E., Soini, H., & Pitkälä, KH. 2009. How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? European Journal of Clinical Nutrition 63, 292-296.

Suominen, M., Muurinen, S., Pitkälä, K., Soini, H. & Strandberg, T. 2012. Ikääntyneiden ruokautumukset, ravinnonsaanti ja ravitsemustila suomalaisissa tutkimuksissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 49, 170-179. Viitattu 22.1.2014. <http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/7065/5608>

Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Eniten ja vähiten sisältävät elintarvikkeet. Viitattu 18.4.2014. <http://www.fineli.fi/topfoods.php?com-pid=2230&fuclass=all&specdiet=none&items=10&from=top&portion=100g&lang=fi>

Terveyskirjasto. 2014. Malnutrio. Viitattu 21.5.2014. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ltt02051](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02051)

Terveyskirjasto. 2013. Elektrolyyttitasapaino. Viitattu 21.11.2013. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ltt00662](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00662)

The Joanna Briggs Institute. 2010a. Oral liquid nutritional supplements for people with dementia in residential aged care facilities. Viitattu 22.4.2014. <http://connect.jbiconnect-plus.org/ViewSourceFile.aspx?0=5387>

The Joanna Briggs Institute. 2010b. Täydennysravintojuomat ympärivuorokautisessa hoidossa oleville muistisairaille ihmisille. Viitattu 20.4.2014. [http://www.hotus.fi/system/files/BPIS\\_ennakko\\_2010-3.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-3.pdf)

The Joanna Briggs Institute. 2011. Interventions to reduce undernutrition and promote eating in older adults with dementia. Viitattu 22.4.2014. <http://connect.jbiconnectplus.org/ViewSourceFile.aspx?0=7125>



Tilastokeskus. 2009. Väestöennuste 2009-2060. Viitattu 30.1.2014.  
[http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn\\_2009\\_2009-09-30\\_fi.pdf](http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_fi.pdf)

Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. 2001. Geriatria. Kustannus Oy Duodecim.

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T. & Viitanen, M. 2010. Geriatria. Kustannus Oy Duodecim.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet. Viitattu 27.5.2014. <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/periaatteet>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 19.3.2014. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva\\_Tieteellinen\\_FIN.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf)

Valio 2012. 10 hyvää proteiinin lähdettä. Viitattu 18.4.2014. <http://www.valio.fi/hyvintointi/artikkelit/10-hyvaa-proteiinin-lahdetta/>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010a. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010b. Viitattu 22.11.2013. <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2014. Terveyttä ruoasta! Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. [http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuositukset\\_2014\\_fi\\_web.pdf](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuositukset_2014_fi_web.pdf)

Valvira. 2011. Vanhusten ravitsemus ympärivuorokautisessa hoidossa. Viitattu 20.4.2014. [http://www.valvira.fi/files/tiedostot/v/a/Valvira\\_ohje\\_8\\_2011.pdf](http://www.valvira.fi/files/tiedostot/v/a/Valvira_ohje_8_2011.pdf)

Wolfe, R., Miller, S. & Miller, K. Optimal protein intake in the elderly. Review. Clinical Nutrition 2008; 27, 675-684.

Liite 1. MNA-testi

Ravitsemustilan arviointi MNA

Nimi \_\_\_\_\_ Sukupuoli \_\_\_\_\_ Ikä \_\_\_\_\_  
Pituus (cm) \_\_\_\_\_ Paino (kg) \_\_\_\_\_ Päivämäärä \_\_\_\_\_

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Jos seulonnan kokonaispistemäärä on 11 tai vähemmän, jatka loppuun asti.

Seulonta

A. Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia

- 0 = Kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti  
1 = Kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman  
2 = Ei muutoksia

B. Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana

- 0 = painonpudotus yli 3 kg  
1 = ei tiedä  
2 = painonpudotus 1-3 kg  
3 = ei painonpudotusta

C. Liikkuminen

- 0 = vuode- tai pyörätuolipotilas  
1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona  
2 = liikkuu ulkona

D. Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus

- 0 = kyllä 2 = ei

E. Neuropsykologiset ongelmat

- 0 = dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma  
1 = lievä dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma  
2 = ei ongelmia

F. Painoindeksi eli BMI ( = paino / (pituus)

$\frac{\text{kg}}{\text{m}^2}$   
)

- 0 = BMI on alle 19  
1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21  
2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23  
3 = BMI on 23 tai enemmän

Seulonnan tulos (maksimi 14 pistettä)

12 pistettä tai enemmän -> riski virheravitsemukselle ei ole kasvanut, arviointia ei tarvitse jatkaa

11 pistettä tai vähemmän -> riski virheravitsemukselle on kasvanut, jatka arviointia

Arviointi

G. Asuuko haastateltava kotona

- 0 = ei 1 = kyllä

H. Onko päivittäisessä käytössä useampi kuin kolme reseptilääke  
0 = kyllä 1 = ei

I. Painehaavaumia tai muita haavoja iholla  
0 = kyllä 1 = ei

J. Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit)  
0 = 1 ateria  
1 = 2 aterialla  
2 = 3 aterialla

K. Sisältääkö ruokavalio vähintään  
kyllä ei

-  
yhden annoksen maitovalmisteita  
(maito, juusto, piimä, viili) päivässä

-  
kaksi annosta tai enemmän kananmunia  
viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot)

-  
lihaa, kalaa tai linnun lihaa joka päivä  
0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastausta  
0,5 = jos 2 kyllä-vastausta  
1 = jos 3 kyllä-vastausta

L. Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia  
hedelmiä tai kasviksia  
0 = ei 1 = kyllä

M. Päivittäinen nesteen juonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu, kotikalja tai vesi)  
0 = alle 3 lasillista  
0,5 = 3 - 5 lasillista  
1 = enemmän kuin 5 lasillista

N. Ruokailu  
0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä  
1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua  
2 = syö itse ongelmitta

O. Oma näkemys ravitsemustilasta  
0 = vaikea virhe- tai aliravitsemus  
1 = ei tiedä tai lievä virhe- tai aliravitsemus  
2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia

P. Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin  
0 = ei yhtä hyvä  
0,5 = ei tiedä  
1 = yhtä hyvä  
2 = parempi

Q. Olkavarren keskikohdan ympärysmitta (OVY cm)  
0 = OVY on alle 21 cm  
0,5 = OVY on 21-22 cm  
1,0 = OVY on yli 22

R. Pohkeen ympärysmitta (PYM cm)  
0 = PYM on alle 31 cm  
1 = PYM on 31 cm tai enemmän

Arviointi  
(maksimi 16 pistettä)

Seulonta  
(maksimi 14 pistettä)

Kokonaispistemäärä  
(maksimi 30 pistettä)

Asteikko:

1. yli 23,5 pistettä: hyvä ravitsemustila
2. 17-23,5 pistettä: riski virheravitsemukselle kasvanut
3. alle 17 pistettä: kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta

1. Ravitsemusarviointi on hyvä tehdä kolmen kuukauden välein, vaikka ravitsemustila olisikin hyvä
2. Kun riski virheravitsemukselle on kasvanut, on syytä selvittää seuraavat asiat:

☐

Heikentääkö lääkitys ravinnonsaantia?

☐

Onko asukkaalla vaikeuksia syömisessä, nielemisessä tai kotona asuvalla lisäksi ruoan hankkimisessa?

☐

Vaikeuttaako dementia tai masennus ruokailua?

☐

Onko ruokavalio yksipuolinen tai epätasapainoinen?

☐

Onko asiakkaalla makuuhaavoja?

☐

Keskustele havainnostasi lääkärin kanssa ja varmista, että asiakas saa tarvittavan opastuksen ja hänelle sopivan ruokavalion mahdollisine lisineen.

☐

Seuraa tilannetta ja tee arvio uudelleen kolmen kuukauden kuluttua.

3. Tee sama lisäselvitys kuin kohdassa 2. Selvitä virheravitsemuksen syy, kuten sairauden vaihe tai lisääntynyt ravinnon tarve. Ravitsemustilaan tulee puuttua välittömästi. Kliiniset ravintovalmisteet ovat yleensä tarpeen.

## Liite 2. Haastattelurunko

### TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

#### Ravitsemussuositukset ikääntyneille

- Miten yksilöllinen ravitsemus toteutuu?
- Mitä mahdollisia esteitä näette yksilöllisen ravitsemuksen toteutumisessa?
- Mitkä ovat mielestänne ravitsemussuositusten keskeisimmät painopisteet?
- Toteutuvatko ravitsemussuositukset?
- Miten asukkaiden suun hoito toteutuu? Kuinka usein ja miten suun hoitoa toteutetaan?
- Kuinka monella asukkaalla on käytössä D-vitamiinilisä?

#### Ruoka- ajat

- Miten hyvin yksilöllisyys ja joustavuus toteutuu ruoka-ajoissa?
- Onko asukkaalla mahdollisuus välipalaan / yöpalaan?
- Kuinka pitkä yöpaasto keskimäärin on?
- Koetteko että syömisessä avustamiseen on riittävästi aikaa?

#### Ravitsemustilan seuranta

- Mitä aliravitsemuksen arvioinnin keinoja on käytössä?
- Mistä asioista tunnistatte aliravitsemuksen?
- Kuinka usein asukkaiden ravitsemustilaa arvioidaan?
- Oletteko huolissanne asukkaiden ravitsemustilasta?

#### Ruokailuympäristö

- Miten rauhallisena ja esteettisenä koette ruokailuympäristön ja tilanteen?
- Tuetaanko omatoimista ruokailua mielestänne riittävästi?

#### Kehittämisehdotukset

- Mitä kehittämisehdotuksia ruokailun suhteen tulee mieleenne?
- Kehittämisehdotuksia käymme enemmän läpi haastattelun analysoinnin jälkeen ke-  
vään aikana

### Liite 3. Saate

Saate

Hyvä Toivokodin henkilökunta

Olen Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija. Teen opinnäytetyötä Toivokodin asukkaiden ravitsemustilan toteutumisesta Valtion ravitsemussuosituksiin pohjautuen.

Tarkoituksena on kartoittaa teemahaastattelun avulla hoitajien näkemyksiä asukkaiden ravitsemuksesta, ravitsemussuosituksista ja niiden toteutumisesta, sekä kartoittaa asukkaiden ravitsemustila MNA-mittaria käyttäen. MNA-mittaukset tullaan suorittamaan hoitajien toimesta.

Saatuja tuloksia peilataan Valtion ravitsemussuosituksiin ja ne tullaan esittämään osastotunnilla kevään aikana. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista, eikä haastattelun tietoja käytetä muuhun kuin tämän opinnäytetyön toteutukseen.

Tällä saatekirjeellä pyydän suostumustanne haastatteluun ja sen nauhoittamiseen. Olkaa hyvä ja allekirjoittakaa saatekirje luettuanne sen ensin.

Ystävällisin terveisin

Elina Rajava, sairaanhoitajaopiskelija

elina.rajava@laurea.fi

Opinnäytetyön ohjaajat

Liisa Ranta

Liisa.Ranta@laurea.fi

Anne Makkonen

Anne2.Makkonen@laurea.fi

Olen lukenut saatekirjeen ja suostun haastatteluun

Päivämäärä/ paikka

Allekirjoitus ja nimenselvennys

#### Liite 4. Arviointilomake

##### Kehittämistoiminnan arviointilomake

###### Hyvä Toivokodin henkilökunta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten asukkaiden ravitsemus toteutuu suhteessa ravitsemussuosituksiin ja arvioida MNA-mittarilla asukkaiden ravitsemustilaa. Tavoitteena oli tuoda ikääntyneiden ravitsemussuositukset henkilökunnan tietoisuuteen, kiinnittää huomiota asukkaiden ravitsemustilaan ja saada ravitsemustila kartoitettua.

Pyydän teitä arvioimaan nimettömänä kehittämistoiminnan hyötyä, sekä tavoitteen ja tarkoituksen toteutumista. Arviointi täytetään rastittamalla yksi vaihtoehtoista. Lomakkeet palautetaan palautuslaatikkoon 4.5 mennessä.

1. Saitko kehittämistoiminnan myötä tietoa ikääntyneiden ravitsemussuosituksista?
  - ☐ Kyllä
  - ☐ En osaa sanoa
  - ☐ En
2. Onko kehittämistoiminta muuttanut ravitsemushoitoon liittyvää toimintaasi?
  - ☐ Kyllä
  - ☐ En osaa sanoa
  - ☐ Ei
3. Koetko että tehty kehittämistoiminta on edistänyt ravitsemukseen liittyvää hoitoyötä?
  - ☐ Kyllä
  - ☐ En osaa sanoa
  - ☐ Ei

Mitä muuta haluaisit sanoa tästä kehittämistoiminnasta?

---

---

---

Kiitos arvioinnistasi!

Elina Rajava  
Sairaanhoitajaopiskelija  
Laurea-ammattikorkeakoulu